REVUE DES JOURNAUX

LE NOURRISSON
(Paris)

A.-B. Marfan. ***Nouvelles études sur le rachitisme. Le traitement*** (*Le Nourrisson*, t. 29, n° 3, Mai 1941, p. 97-111). — Le traitement du rachitisme comprend deux parties : les médications dirigées contre ses causes et les médications antirachitiques proprement dites.

Il faut d'abord corriger les erreurs alimentaires et prescrire le régime le mieux approprié à l'âge de l'enfant. Si on peut attribuer le rachitisme à une affection chronique, à des troubles digestifs ou à une néphropathie, on soignera ces états.

Le rachitique doit vivre dans une chambre facile à aérer et recevant largement la lumière. On doit le faire sortir toutes les fois que le temps le permet et le promener au soleil quand le ciel est découvert. Ces conditions sont mieux remplies à la campagne ou au bord de la mer. Mais la mer est contre-indiquée quand le malade est atteint de tuberculose avec fièvre ou lésion du poumon ou qu'il est atteint d'otorrhée ou d'ophtalmie chronique. La stimulation cutanée a une action favorable : bains salés, bains de mer chauds, stations chlorurées-sodiques.

L'héliothérapie peut être faite partout lorsque le ciel est clair, sans nuages. C'est aux hautes altitudes ou au bord de la mer qu'elle est le plus efficace. Les rayons ultra-violets ont une action calcifiante sur le squelette et en remodèlent la forme en quelques semaines. L'état général s'améliore, l'hypotonie diminue; leur action est moins nette sur l'anémie, la polyadénie et l'hypertrophie des amygdales qui accompagnent souvent le rachitisme. Ils font aussi disparaître les symptômes de spasmophilie. Il y a trois contre-indications à leur emploi : il ne faut pas les prescrire aux fébricitants, aux tuberculeux et aux sujets atteints de rachitisme rénal. Leur emploi doit être réglé de manière précise et il faut éviter d'en abuser.

Les aliments ou médicaments renfermant la vitamine D feront l'objet d'un autre article.

Robert Clément.

P. Lereboullet. ***Le frémissement hydrocéphalique chez le nourrisson*** (*Le Nourrisson*, t. 29, n° 3, Mai 1941, p. 112-121). — Chez 4 hydrocéphales, on a pu mettre en évidence une sensation de frémissement vibratoire en tous points comparable à celle du frémissement hydatique. Il est nécessaire que l'hydrocéphalie soit assez volumineuse pour que l'élargissement des fontanelles et des sutures puisse en permettre facilement l'exploration. Le frémissement varie avec la pression du liquide céphalo-rachidien, disparaissant au cas d'hypertension excessive, reparaissant après ponction décompressive.

Chez un autre nourrisson hydrocéphale, on détermine facilement la sensation de flot; la percussion ne donne pas le bruit de « pot fêlé », mais elle est sonore comme celle du thorax. Si on ausculte le crâne d'un côté en percutant de l'autre, l'oreille perçoit un bruit de « pot fêlé » manifeste.

La constatation d'un frémissement vibratoire dans l'hydrocéphalie n'a pas d'intérêt diagnostique, car l'affection est en général évidente. Elle a surtout un intérêt pathogénique pour éclairer le mécanisme de production du frémissement hydatique. Celui-ci n'est pas dû à la collision des vésicules-filles, mais simplement à la tension du liquide et au jeu de l'élasticité de la membrane du kyste. Pour que le frémissement vibratoire se produise, il faut un liquide suffisamment tendu pour transmettre rapidement les ondes de percussion, pas assez pour les éteindre, et une paroi suffisamment élastique pour subir l'ébranlement du liquide contenu.

Robert Clément.

REVUE D'IMMUNOLOGIE
(Paris)

G. Ramon et R. Richou. ***Solution d'antitoxine tétanique et prophylaxie des accidents sériques dans la prévention du tétanos. Recherches expérimentales et résultats cliniques*** (*Revue d'Immunologie*, t. 6, n° 4, 1940-1941, p. 209-223). — En attendant que la vaccination antitétanique de tous les individus par l'anatoxine soit un fait accompli, il est très intéressant d'arriver à réduire l'importance des inconvénients dus à la sérothérapie, et principalement de ceux groupés sous la dénomination de maladie sérique, tant dans leurs formes localisées que généralisées. Ces accidents surviennent chez l'adulte soumis à la sérothérapie préventive dans une proportion qui varie entre 40 et 70 pour 100, selon les auteurs, avec le sérum ordinaire, et entre 10 et 25 pour 100 avec le sérum « purifié ». Il semble aussi qu'on observe un cas mortel sur environ 50.000 injections.

Grâce à l'emploi de l'anatoxine tétanique et à l'influence de certaines substances stimulantes de l'immunité — telles que le tapioca — on provoque précocement l'apparition d'anticorps très abondants dans le sang des animaux préparés en vue de la production du sérum. Il n'est pas rare d'obtenir ainsi des sérums titrant de 6.000 à 12.000 unités antitoxiques par centimètre cube, alors que la dose habituellement utilisée à titre préventif est de 10 cm^3 de sérum contenant 3.500 U.A. Il est évident qu'avec des sérums très puissants la dose de sérum peut être réduite. C'est ainsi que 0,5 cm^3 d'un sérum à 7.000 U. A. par centimètre cube dilué avec 9,5 cm^3 d'eau physiologique contiendra sous le même volume de 10 cm^3 le même nombre d'unités que dans le cas précédent, mais les protéines de provenance équine seront vingt fois moins abondantes. En outre, les protéines sont partiellement dénaturées par l'action du formol et de la chaleur. Ce sont de telles préparations qui portent le nom de « solution d'antitoxine ». Elles conservent leurs propriétés thérapeutiques dans de meilleures conditions que le sérum ordinaire et les anticorps qu'elles introduisent dans l'organisme y persistent plus longtemps. Mais, le fait le plus important est que les accidents d'origine anaphylactique sont pratiquement supprimés.

Les événements récents ont encore permis de confirmer ces résultats. De l'ensemble de plus de 500 observations minutieusement contrôlées, il ressort que la proportion des réactions sériques qui ont été enregistrées après l'injection de solution d'antitoxine tétanique est très faible, et cela malgré qu'un certain nombre de sujets aient reçu, plus ou moins longtemps auparavant, une injection de sérum et malgré que certains d'entre eux aient présenté, à cette occasion, des accidents sériques plus ou moins graves.

J. Bretey.

LA SEMAINE DES HOPITAUX DE PARIS
(Paris)

D. Petit-Dutaillis. ***Exophtalmos pulsatile consécutif à un traumatisme du crâne. Quelques remarques du point de vue de la pathogénie et du traitement*** (*La Semaine des Hôpitaux de Paris*, an. 17, n° 8, 15 Avril 1941, p. 223). — P.-D. rapporte un cas d'exophtalmos pulsatile étant apparu à la suite d'une chute sur le crâne et accompagné d'un souffle continu à renforcement systolique perçu au niveau de l'arcade sourcilière. La guérison est survenue après ligature de la carotide interne correspondante; celle-ci a été pratiquée sans entraîner d'accidents cérébraux.

Etant donné l'absence d'agent ayant pu blesser directement les vaisseaux, P.-D. se demande s'il n'y a pas lieu d'invoquer comme une cause prédisposante une veinisation artérielle, la carotide au cou étant apparue mince et fluxueuse.

Avec certaines précautions techniques que P.-D. expose en détail, la ligature de la carotide primitive est l'opération de choix dans la plupart des cas.

H. Lenormant.

F. Costes et M. Gaucher. ***La sulfamidothérapie des maladies rhumatismales*** (*La Semaine des Hôpitaux de Paris*, an. 17, n° 10, 15 Mai 1941, p. 299). — La sulfamidothérapie a jusqu'à présent assez peu pénétré dans la thérapeutique du rhumatisme.

Dans l'ensemble, les infections articulaires sont plus résistantes aux sulfamides que les autres localisations du même microbe. L'association de sulfamidothérapie locale et générale semble supérieure à l'une ou l'autre voie isolée.

Le rhumatisme blennorragique fournit le plus grand nombre de succès. Les diverses arthrites aiguës ou subaiguës d'origine infectieuse, post-grippale ou post-angineuse en tirent souvent un bénéfice.

L'échec est complet dans la maladie de Bouillaud. Les polyarthrites chroniques évolutives sont pratiquement insensibles.

H. Lenormant.

J. Decourt. ***L'ostéomalacie vertébrale des vieillards et son traitement par la vitamine D*** (*La Semaine des Hôpitaux de Paris*, an. 17, n° 16, 15 Juillet 1941, p. 517). — D. étudie une forme d'ostéomalacie spéciale au vieillard, habituellement prédominante au niveau de la colonne vertébrale. Elle se manifeste essentiellement par des douleurs rhumatoïdes, des déformations modérées, une décalcification nette et le tassement des vertèbres.

La vitamine D améliore considérablement ces malades.

En dehors d'une carence calcique toujours possible, il semble que le facteur causal essentiel soit la diminution de formation endogène de vitamine D, à laquelle s'ajoute un hyperfonctionne-

ment des parathyroïdes fréquent chez le vieillard.

Le diagnostic se pose avec la cyphose sénile proprement dite, le rhumatisme chronique vertébral, la spondylose rhizomélique et dans certains cas le cancer vertébral.

H. Lenormant.

DEUTSCHES MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT (Leipzig)

F. Volhard. ***Rein et pression sanguine*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, t. **66**, n° 17, 26 Avril 1940, p. 452-456). — Les substances pressives semblent manifestement être de deux sortes : la rénine et la substance trouvée par Bohn. La rénine élève la pression, mais n'influence pas le cœur, tandis que l'adrénaline l'accélère. Elle a une grosse molécule, n'est pas dialysable ni ultrafiltrable. L'ultraviolet atténue son action et la chaleur la détruit. Elle n'est pas soluble dans les solvants organiques concentrés. Au contraire, la substance de Bohn est ultrafiltrable, soluble dans l'alcool, thermostabile et détruite par l'ultraviolet. Enger l'a retrouvée récemment chez les néphritiques hypertendus.

Quant aux modifications des vaisseaux chez les hypertendus, V. est d'avis qu'il s'agit là de conséquence de l'hypertension et de l'ischémie rénale et générale, tandis que Fahr incrimine une origine toxico-inflammatoire, n'ayant rien à voir avec l'hypertension. On a observé les mêmes lésions chez les animaux hypertendus à reins ischémiés (Goldblatt, Wilson). L'élévation de la tension représente un processus de compensation destiné à maintenir la fonction rénale quand l'irrigation du rein diminue. Elle est mise en route par la décharge des substances vaso-constrictives. Mais comme les vaisseaux du rein participent au même titre que ceux du reste du corps à cette constriction vasculaire, et à un degré croissant avec l'augmentation du taux des substances pressives, ce processus de compensation constitue un cercle vicieux par suite de l'ischémie toujours plus grande des reins qui est réalisée. Il aboutit à la déchéance totale du parenchyme rénal capable de filtrer. Dans les formes d'hypertension rénale chronique, un traitement causal étant presque toujours impossible, la tâche urgente du médecin est de maintenir la pression aussi basse qu'il se peut pour diminuer la tendance à la progression, ralentir l'évolution et, dans les cas d'hypertension essentielle, préserver le rein. Le seul traitement vraiment efficace est le régime, et essentiellement la limitation de la viande et l'exclusion du sel.

A l'opposé de l'hypertension rénale, l'hypertension essentielle relève probablement d'une diminution de l'élasticité de l'ensemble des voies circulatoires. On observe assez souvent la participation secondaire du rein.

Cliniquement il importe, avant que n'apparaisse une rétinite angiospasmodique confirmative, de savoir reconnaître si et quand le mécanisme hématogène de l'hypertension est en jeu. L'épreuve de la ninhydrine (Bohn), la anti-réaction à l'histamine et à l'acétylcholine ainsi que les modifications de la pression après véronal (Dicker), fournissent à cet égard de bons résultats. C'est ainsi que dans l'hypertension essentielle, après administration de véronal, la pression baisse contrairement à ce qui se passe dans l'hypertension rénale.

V. rattache également à un état ischémique du rein l'hypertension qu'on observe dans la prééclampsie, l'éclampsie et la néphrite gravidique.

P.-L. Marie.

K. Boenhoffer (Berlin). ***Phénomènes durables de déficience dans la migraine*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, t. **66**, n° 19, 10 Mai 1940, p. 521-523). — La migraine est essentiellement un trouble passager; aussi faut-il faire montre d'une grande réserve avant d'accepter l'existence de reliquats durables de la crise. Cependant on a signalé des hémianopsies persistantes et des paralysies oculo-motrices survivant aux accès authentiques. C'est un cas de ce genre que relate B. Sa patiente, migraineuse depuis l'enfance et fille de migraineux, a vu se modifier ses crises vers 22 ans. Elles commencent par un gonflement de la moitié droite de la face, accompagné d'un papillottement des yeux entravant la lecture. Puis se montre dans un bras, avec prédilection pour la région sensible de la main, ou au visage, parfois à une jambe, une sensation d'engourdissement avec des fourmillements et une faiblesse du côté droit. La parole devient balbutiante; la tuméfaction de la face rétrocède et la fin est marquée par des troubles subjectifs de l'ouïe entraînant des modifications de la voix qui devient lointaine en écho. L'accès dure plusieurs heures et s'accompagne d'une céphalée plus ou moins vive et d'une diminution de la faculté d'attention. Mais, fait extraordinaire, il persiste entre les crises des phénomènes de déficience légère, mais nets, unilatéraux : altération de la notion de position et du sens stéréognostique des doigts, surtout du pouce et de l'index, incapacité d'exécuter des travaux délicats avec la main droite, signes pyramidaux du côté de l'avant-bras et légère parésie du facial buccal droit. Ces troubles durent depuis un an et demi. Il semble bien s'agir chez cette patiente de migraine vraie, et non de migraine symptomatique; en particulier, tous les examens faits, encéphalographie y comprise, plaident contre l'existence d'une tumeur cérébrale. Il n'y a ni hypertension ni artériosclérose.

B. rapproche de ce cas deux autres observations, celle d'une migraineuse atteinte de parésie isolée de la branche buccale du facial depuis 30 ans et celle d'un migraineux grave qui a vu survenir une parésie de la main et des secousses cloniques paraissant d'origine corticale.

P.-L. Marie.

J. Doerffel (Halle). ***Traitement du charbon par le prontosil*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, t. **66**, n° 30, 26 Juillet 1940, p. 827-828). — Ferenczi a déjà obtenu de bons résultats des sulfamides dans 4 cas de charbon. D. relate ici 2 cas de pustule maligne, l'un chez une paysanne qui avait manipulé du fourrage contaminé, l'autre chez un serrurier, qu'il a traités par le prontosil rouge, à raison de trois comprimés de 0 *g*. 50 3 fois par jour et qui présentèrent une rétrocession très rapide des phénomènes inflammatoires. La première malade reçut également du sérum anticharbonneux, mais alors que la sulfamide avait déjà considérablement amélioré son état.

P.-L. Marie.

D. Koch (Wiesbaden). ***Traitement de la psittacose*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, t. **66**, n° 32, 9 Août 1940, p. 877-878). — K. a observé à Wiesbaden, en Janvier 1940, 11 cas de psittacose dus à des perruches contaminées. La maladie a revêtu la forme pneumonique typique. Chez les 4 premiers malades traités par un dérivé de la quinine (transpulmine-solvochine), l'affection évolua vers la mort. D'autre part, Hegler a montré l'inefficacité des sulfamides dans cette maladie. Aussi, dans les 7 autres cas, K. s'est-il adressé à la trypaflavine à 2 pour 100 en injections intraveineuses. Les résultats furent excellents. A la suite de l'injection de 10 *cm*³ survint presque régulièrement le même jour une amélioration très nette de l'état général. En répétant cette dose 2 ou 3 jours de suite, la température retomba presque à la normale, malgré la persistance des signes physiques et radiologiques. La convalescence demanda assez longtemps, mais tous les malades guérirent. Chez une des malades il s'agissait d'une forme particulièrement grave avec ictère.

P.-L. Marie.

C. Dienst et **W. Schöler** (Cologne). ***Recherches sur les pertes de vitamine C au cours du lavage des légumes*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, t. **66**, n° 40, 4 Octobre 1940, p. 1100-1103). — La vitamine C est aisément soluble dans l'eau. Aussi est-il intéressant de savoir l'influence du lavage des légumes sur la teneur en vitamine C. Les recherches de D. et S. confirment la nécessité de ne faire subir aux légumes qu'un lavage assez court, tout en étant soigneux, en raison des pertes en vitamine C qu'une action trop prolongée de l'eau peut leur faire subir.

Un lavage rapide à l'eau, soit stagnante, soit courante, des légumes frais, débités en morceaux et prêts à être consommés, est pratiquement sans importance sur leur teneur en vitamine C. Il n'y a aucune perte notable même au bout d'une heure de séjour dans l'eau stagnante et après 15 minutes de séjour dans un fort courant d'eau. Le raccourcissement de la durée du nettoyage ne doit donc pas avoir lieu aux dépens de la propreté, car les légumes souillés par la boue et les restes de matières fécales peuvent occasionner de graves troubles de la santé et un trop bref contact avec l'eau ne permet pas d'enlever entièrement ces souillures. Une immersion plus prolongée peut aussi devenir nécessaire pour donner de la fraîcheur aux légumes fanés. Ces légumes, séparés des déchets, même pelés, mais non coupés en fragments, peuvent, sans pertes notables en vitamine C, séjourner jusqu'à 12 heures dans l'eau. Par contre, un lavage, même relativement court, des légumes cuits, tel qu'on le pratique pour leur enlever l'aspect grisâtre, que leur a donné la cuisson, agit de façon catastrophique sur le taux de la vitamine C. L'addition de sel de cuisine à l'eau de lavage des légumes frais pour mieux les débarrasser de la saleté et des parasites n'augmente pas pratiquement la perte de vitamine. D'autre part, ce n'est qu'au bout de nombreuses heures d'immersion que l'interdiction de l'accès de l'air à l'eau de lavage peut jouer un rôle appréciable.

P.-L. Marie.

A. Bensath et **S. Varga** (Szeged). ***Importance de la ponction sternale dans le diagnostic différentiel du saturnisme*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, t. **66**, n° 43, 25 Octobre 1940, p. 1194-1196). — Une jeune fille de 26 ans présente des symptômes de glomérulo-néphrite qui s'améliorent rapidement sous l'influence du traitement tandis que l'anémie va croissant, les globules rouges tombant à 1.800.000 et l'hémoglobine à 32 pour 100. Comme la cause de cette anémie hypochrome demeure obscure, on pratique une ponction sternale. Celle-ci montre 1.8 pour 100 d'hématies à granulations basophiles, des normoblastes et des mégaloblastes à granulations basophiles en grand nombre, alors que l'examen du sang ne décèle aucun élément de ce genre. On pensa aussitôt à un saturnisme méconnu. En effet, l'analyse de l'urine révéla une porphyrinurie intense. Sous l'influence des injections d'extrait hépatique, du fer, de l'iodure de potassium et de la levure fraîche, l'anémie rétrocéda rapidement et la porphyrinurie redevint normale. Seule, la ponction sternale permit d'établir le diagnostic exact. Il convient de rappeler que Henning et Keilhack ont trouvé dans 10 cas de saturnisme professionnel un taux d'hématies à granulations basophiles toujours plus élevé dans la moelle sternale que dans le sang. Dans 2 cas, elles n'existaient que dans la moelle.

P.-L. Marie.

DERMATOLOGISCHE WOCHENSCHRIFT
(Leipzig)

Keining et **Oldach**. ***Traitement des érythèmes polymorphes par l'acide nicotinique*** (*Dermatologische Wochenschrift*, t. **112**, n° 15, 12 Avril 1941, p. 285-292). — On sait que la vitamine PP a été employée avec succès dans certaines lucites, comme l'érythème pellagreux, le lupus érythémateux.

K. et O. l'ont utilisée dans le traitement de certains érythèmes polymorphes, sous forme d'injections de nicobion (10 à 12 injections intramusculaires).

Ils distinguent plusieurs types d'érythèmes polymorphes : le *type régulier*, avec prédilection de l'érythème aux extrémités (face d'extension); le *type inverse*, localisé aux surfaces de flexion des extrémités, paumes des mains et plantes des pieds, ainsi qu'à la muqueuse buccale); le *type annuel*, saisonnier; le *type rhumatoïde* ou *angineux*, où l'éruption est accompagnée ou précédée d'une angine folliculaire et de douleurs rhumatoïdes.

K. et O. ont constaté que tous les cas de type régulier (12 cas), de type inverse (3 cas), ont guéri sans récidive par le nicobion.

Un cas d'érythème polymorphe (type régulier) avec douleurs rhumatoïdes guérit, puis récidiva au bout d'un mois.

Au contraire, dans 3 cas d'érythèmes (type régulier) avec angine et troubles rhumatoïdes, le traitement au nicobion fut suivi d'échec, ainsi que dans 3 cas d'érythèmes noueux et 2 cas d'érythèmes polymorphe et noueux. Ces derniers cas obéissent par contre au traitement sulfamidé.

R. Burnier.

Schmitz. ***Lésions cutanées après application d'une laque au thorium X*** (*Dermatologische Wochenschrift*, t. **112**, n° 15, 12 Avril 1941, p. 293-296). — Chez une femme de 35 ans, atteinte de névrodermite du cou, des plis des coudes et du creux poplité droit, on appliqua, après échec de diverses pommades, une faible dose de rayons X et en 1935 une laque au thorium X (1.200 unités au centimètre cube). Les lésions disparurent et la peau demeura normale.

En 1936, nouvelle récidive ; nouvelle application de laque au thorium X (1.500 unités au centimètre cube) sur les deux plis du coude et au creux poplité.

En 1940, on constata l'existence, aux deux coudes et au creux poplité, d'une radiodermite avec pigmentation, légère atrophie cutanée et télangiectasies.

R. Burnier.

Asbeck. ***Un nouveau traitement de la pédiculose*** (*Dermatologische Wochenschrift*, t. **112**, n° 15, 12 Avril 1941, p. 296-299). — Pendant et depuis la guerre, les cas de phtiriase se sont multipliés. Les diverses médications antiparasitaires se montrent souvent impuissantes ou difficiles à appliquer d'une façon pratique. Le mercure, sous différentes formes, entre dans la composition de ces préparations (vinaigre au sublimé, pommade au précipité blanc, onguent gris).

A. pensa à recourir au calomel à la vapeur; le protochlorure de mercure est une poudre blanche, lourde, qui se comporte vis-à-vis de la peau comme une substance indifférente, puisqu'elle est très bien supportée par la peau des enfants, dans les eczémas intertrigineux, ainsi que l'épithélium très sensibles des conjonctives, dans les blépharites. Afin de faciliter son emploi, A. l'a associé à un véhicule pulvérulent, le talc, dans les proportions suivantes :

Calomel à la vapeur	12
Talc de Venise	40

Cette préparation est placée dans un poudrier muni d'un couvercle percé de trous, et on saupoudre pendant 3 jours les diverses parties du corps recouvertes de poils, matin et soir. Le 4e jour, au matin, on change de linge et on poudre à nouveau. Puis on prend un bain. Il est très important que le poudrage du 4e jour se fasse sur *peau sèche* et non mouillée.

L'action est rapide. Dès le 1er jour, le prurit disparaît, par suite de la paralysie des poux. L'irritation de la peau et l'eczéma disparaissent en peu de jours, sans autre médication.

Pour le cuir chevelu, couper les cheveux, poudrer et maintenir un bonnet en place pendant 3 jours.

Le traitement réussit aussi bien pour les poux du pubis; mais il peut persister après traitement des lentes tuées, mais encore adhérentes aux poils : il suffit de les détacher avec de l'eau vinaigrée chaude.

R. Burnier.

ZENTRALBLATT für CHIRURGIE
(Leipzig)

Turai et **Robacki** (Bucarest). ***Remarques sur l'emploi de la greffe osseuse dans le traitement de la tétanie strumiprive*** (*Zentralblatt für Chirurgie*, t. **68**, n° 25, 21 Juin 1941, 4 figures). — Les divers traitements médicamenteux de la tétanie — préparations calciques, A T 10 de Holtz, chlorate d'ammoniaque (Marinesco et Alexiano-Butto), parathormone — n'ont qu'une action temporaire qui cesse avec l'administration du produit. Les traitements chirurgicaux proposés — greffe parathyroïdienne, réactivation des parathyroïdes par sympathectomie cervicale ou neurotomie sinu-carotidienne, greffe osseuse hétéroplastique (os purum) ou autoplastique — n'ont pas encore fait leurs preuves de façon certaine.

C'est à la greffe osseuse, préconisée par Oppel et ses élèves en Russie, par Leriche et Young en France, que T. et R. ont eu recours chez deux malades. Ils ont employé la greffe d'un morceau d'os purum dans la gaine du grand droit de l'abdomen. Comme Leriche et Young, ils ont constaté une amélioration indiscutable des signes cliniques; mais ils n'ont pas vu de modification bien nette de la calcémie et de la calciurie. Leur premier malade présentait, depuis 10 ans, des accidents de tétanie chronique consécutifs à une thyroïdectomie; les accès revenaient par intervalles, surtout au printemps, et cédaient à la parathormone ou au chlorate de calcium. Ils n'ont pas reparu depuis la greffe osseuse, mais l'opération ne date que de 4 mois. L'étude très complète de ce malade montre que, dans les premières semaines qui ont suivi la greffe, il y a une ascension marquée du calcium sanguin (de 90 à 119 pour 1.000), du phosphore sanguin (de 62 à 92 pour 1.000), et surtout de la phosphatase (de 0,028 à 0,050) ; mais que, 2 mois plus tard, les taux étaient redevenus les mêmes qu'avant la greffe.

La seconde observation, moins détaillée, concerne un enfant de 15 ans atteint de tétanie toxique (empoisonnement par vapeurs de benzine); après la greffe osseuse, on nota, outre la disparition des crises, une élévation considérable du taux de la phosphatase, qui atteignit 0.078.

T. et R. concluent que le greffon osseux agit, non pas par libération directe du calcium, mais par les ferments qu'il active.

Ch. Lenormant.

ZENTRALBLATT für INNERE MEDIZIN
(Leipzig)

H. Werner (Dantzig). ***Rapports de causalité entre traumatisme et pleurite exsudative*** (*Zentralblatt für innere Medizin.*, t. **62**, n° 25, 21 Juin 1941, p. 409-418). — W. élimine de son sujet les cas de pleurésie avec épanchement consécutifs aux traumatismes violents du ressort de la chirurgie (plaies de poitrine, fractures de côtes, etc.) pour ne s'occuper que de celles qui succèdent aux contusions n'ayant que peu ou pas lésé les téguments du thorax. Il relate un cas de ce genre où il s'agit d'une chute banale sur l'hémithorax droit chez un matelot, non accompagnée de fracture de côte, suivie de douleurs de plus en plus vives qui durèrent 5 à 6 jours et firent place à une dyspnée croissante, marchant de pair avec la production d'un épanchement pleural droit qui devint assez volumineux pour nécessiter une ponction qui ramena un liquide ambré d'une densité de 1014, donnant une réaction de Rivalta faiblement positive, accompagné de fièvre (39°1) et d'accélération de la sédimentation globulaire. Tout signe clinique, radiologique et bactériologique de tuberculose faisait défaut. Guérison parfaite dans un délai assez court.

W. n'hésite pas à considérer cette pleurésie comme purement traumatique, en se basant sur les critères suivants : caractère indiscutable de l'accident; localisation du même côté du traumatisme et de l'épanchement; existence de signes subjectifs de transition (douleurs croissantes, indice de pleurite sèche, faisant place à une dyspnée progressive), les signes objectifs (frottements, etc.) n'ayant pu être constatés, faute d'observation médicale à bord du navire; apparition graduelle et assez traînante de l'épanchement; le caractère inflammatoire de ce dernier (fièvre, sédimentation accélérée, leucocytose avec déviation à gauche de la formule d'Arneth) ne plaide pas contre sa nature traumatique, car une infection secondaire d'origine sanguine ou respiratoire peut se réaliser aisément; enfin toute autre origine et toute atteinte pleurale antérieure pouvaient être exclues.

W. pense donc avec Störmer qu'une pleurite survenant après un traumatisme n'est pas constamment tuberculeuse.

Quant au rôle du froid dans le déclenchement d'une pleurite exsudative, si l'on ne peut nier son influence, il n'en reste pas moins que l'infection demeure la cause véritable. L'appréciation peut devenir très difficile quand le refroidissement est incriminé comme traumatisme. W. tente de préciser les critères (soudaineté du refroidissement, apparition rapide de la pleurite après le refroidissement, etc.) qui militent en faveur du rôle déclenchant joué par ce dernier au point de vue médico-légal.

P.-L. Marie.

WIENER KLINISCHE WOCHENSCHRIFT
(Vienne)

A. Schöpe et **I. Hofbauer** (Vienne). ***Section haute des cordons antéro-latéraux dans un cas de tumeur du plexus brachial*** (*Wiener klinische Wochenschrift*, t. **54**, n° 27, 6 Juillet 1941, p. 573-575). — Une femme de 38 ans souffrait d'une paralysie flasque progressive de plus en plus douloureuse du plexus brachial gauche qui prédominait sur le groupe radiculaire inférieur et qui épargnait relativement le territoire innervé par le radial. On sentait, à la palpation, un empâtement du creux sus-claviculaire correspondant, avec un point douloureux très localisé à la pression.

La malade fut opérée par M. Sorgo, avec le diagnostic clinique de tumeur du plexus brachial. Il existait en effet une tumeur qui avait les dimensions de la pulpe du pouce, et qui s'était développée sur le tronc radiculaire postérieur. Cette tumeur était assez dure et était enveloppée d'une capsule conjonctive qu'il était impossible de détacher par clivage du plexus brachial et des gros vaisseaux du cou. On dut se contenter d'ouvrir la capsule et de curetter l'intérieur de la tumeur; histologiquement, il s'agissait d'une formation très riche en cellules disposées sans ordination particulière, cellules à noyaux allongés, pauvres en protoplasma, présentant quelques mitoses, mais pas d'amitoses. On porta le diagnostic de neurofibrome dégénéré, vraisemblablement malin.

Les douleurs n'ayant pas été calmées par l'opé-

ration, — au contraire, — une intervention fut décidée. L'idée d'une radicotomie antérieure et postérieure fut écartée, de crainte d'aggraver la paralysie, qui était jusqu'alors incomplète, et le chirurgien (M. Huber) pratiqua une hémi-cordotomie haute portant sur les cordons antéro-latéraux droits, à hauteur de C 2, au-dessus de la décussation des fibres de la sensibilité douloureuse qui correspondaient au plexus brachial.

Aussitôt après l'opération, la malade fut débarrassée de son algie brachiale gauche, et le résultat se maintient depuis 3 mois. Il reste quelques élancements légers et intermittents; s'ils persistent, les auteurs envisagent la section des cordons antéro-latéraux du côté gauche dans un temps ultérieur. L'opération a été suivie d'une parésie et de douleurs dans la moitié droite du corps, mais ces troubles ont disparu presque sans laisser de trace. En particulier, l'épreuve sudorale de Minor ne montre aucune diminution de la sécrétion sudorale dans la moitié droite du corps. Dans un cas de Förster, au contraire, la sécrétion sudorale avait disparu du côté de l'hémicordotomie. Dans ce cas, il y avait des signes cliniques de lésion du faisceau pyramidal du côté de l'opération, et l'examen histologique ultérieur montra que la voie pyramidale avait été intéressée par la section.

Si la cordotomie doit être bilatérale, il importe de ne la pratiquer qu'en deux temps, d'abord d'un côté, puis de l'autre, la cordotomie bilatérale en un seul temps déterminant une crise aiguë dangereuse d'hypotension artérielle, sans doute par section des fibres vaso-constrictives qui passent dans les cordons antéro-latéraux (Gagel).

J. Mouzon.

REVUE BELGE DES SCIENCES MÉDICALES (Louvain)

J. Govaerts. ***Résultats de la sympathectomie lombaire dans l'endartérite des membres inférieurs*** (*Revue belge des Sciences médicales*, t. **13**, n° 6, Juin 1941, p. 241-262). — G. a effectué 43 sympathectomies sur 32 malades atteints d'endartérite et en présente les résultats. Malgré cette opération, l'amputation a été nécessaire dans 5 cas au bout d'un temps plus ou moins long. L'effet de la sympathectomie est de favoriser la circulation collatérale qui suppléera à l'oblitération des troncs principaux et suffit en général à maintenir l'irrigation des membres.

La sympathectomie doit donc être faite avant la période oblitérante et de préférence en dehors de toute complication. G. s'est aidé pour juger les résultats des données de la thermométrie.

Une élévation de 1° après l'opération fait présager de bons résultats et espérer, lorsqu'il y a nécrose, de voir une limitation de la mortification. Lorque l'élévation de température est faible, le pronostic est médiocre, même si aucune complication n'existe à ce moment. L'infection des tissus nécrosés ou une thrombose brutale nécessitent en tout cas une amputation haute en tissu sain.

H. Lenormant.

ARCHIVES OF NEUROLOGY AND PSYCHIATRY (Chicago)

W. James Gardner et **Oscar Turner.** ***Neurofibromes bilatéraux de l'acoustique*** (*Archives of Neurology and Psychiatry*, vol. **44**, n° 1, 1er Juillet 1940, p. 76-100). — En 1930, Gardner et Frazier ont rapporté l'histoire d'une famille dans laquelle la maladie de Recklinghausen se présenta sous la forme de tumeurs bilatérales de l'acoustique et fut transmise comme caractère mendélien dominant pendant 5 générations. Lors de cette publication, l'examen histologique n'avait été fait que dans deux cas, bien qu'il ne fût pas douteux que 38 membres de la famille en soient atteints. Dans le présent travail, G. et T. rapportent l'examen macroscopique et histologique de 4 autres membres de la famille qui en ont été atteints. L'un de ces cas provient de la sixième génération familiale.

D'autres faits du même ordre ont été signalés dans la littérature, mais ils sont indiscutablement rares. Il existe sans doute des cas où des tumeurs isolées de l'acoustique, sans autres signes de maladie de Recklinghausen, constituent une forme de neurofibromatose, mais ces tumeurs solitaires n'ont habituellement pas de tendances familiales. Il est possible toutefois qu'entre un neurinome isolé de l'acoustique et une forme généralisée de neurofibromatose tous les intermédiaires puissent se présenter.

Il convient de signaler aussi que les formes de Recklinghausen localisées au système nerveux central peuvent être transmises comme un caractère mendélien dominant.

Cliniquement, il faut signaler, dans les cas présents, l'évolution particulièrement lente de l'affection qui se manifesta uniquement par de la surdité et de la cécité, bien que l'affection se montrât plus maligne chez les descendants.

H. Schaeffer.

NEDERLANDSCH TIJDSCHRIFT VOOR GENEESKUNDE (Amsterdam)

J. Veen (Saardam). ***Anesthésie du plexus lombo-sacré*** (*Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde*, t. **85**, n° 30, 26 Juillet 1941, p. 3169-3175). — Dans un travail précédent (voir *La Presse Médicale* du 15-18 Mai 1940), V. s'est occupé de l'anesthésie du plexus brachial et en a montré les avantages. Les expériences qu'il a faites dans le domaine du membre supérieur l'ont engagé à poursuivre des recherches en vue d'étendre l'application de cette méthode aux membres inférieurs. Pour arriver ainsi à anesthésier les membres inférieurs, on peut procéder d'abord à l'anesthésie du nerf fémoro-cutané, du nerf fémoral et du nerf obturateur, ou, après avoir posé une ligature, à une anesthésie transversale au moyen d'infiltration de la cuisse ou de la jambe.

Les meilleures méthodes consistent à anesthésier le plexus lombo-sacré par injection de novocaïne-adrénaline à la hauteur de l'apophyse transverse et de la 4e lombaire et sur la ligne qui unit l'anus au point d'intersection d'une ligne horizontale passant par le sommet du grand trochanter et d'une ligne unissant le bord externe de la tubérosité ischiatique et l'épine iliaque postérieure et supérieure.

Ces méthodes, quand on en connaît bien la technique, peuvent donner de bons résultats, tout en comportant très peu de risques pour le malade. L'anesthésie ainsi obtenue débute au bout de 15 à 30 minutes et dure 1 heure et demie à 2 heures, voire même à 4 heures.

Ces méthodes ont été utilisées dans 29 opérations dont 1 sur le pied, 5 sur la jambe (amputation, transplantation du péroné, reposition sanglante et fracture compliquée, etc...), 14 sur le genou (ménisque interne, ménisque externe, chondromalacie postérieure de la rotule, etc...), 9 sur la cuisse (fracture fermée ou ouverte, amputation, etc...).

P.-E. Morhardt.

E. A. J. M. Mulder (Amsterdam). ***La maladie d'Osler (télangiectasie héréditaire hémorragique)*** [*Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde*, t. 85, n° 31, 2 Août 1941, p. 3234-3240). — La maladie décrite par W. Osler, en 1901, avait déjà été plus ou moins identifiée par une série d'auteurs anciens, et depuis lors on trouve décrites dans la littérature 170 familles comprenant 700 sujets atteints de cette affection. Sur ce nombre, 6 environ ont été observées en Hollande. M. en donne une nouvelle observation. Il s'agit d'une femme de 63 ans qui présente de l'anémie, conséquence d'épistaxis très abondantes. Cette tendance aux hémorragies provenant de la muqueuse nasale ou d'autres régions (langue, pavillon de l'oreille, etc...), présentant des « taches rouges », s'est accentuée au cours des années.

A l'examen, on constate une apparence très anémique; les joues, la semi-muqueuse labiale, etc..., portent des hémangiomes dont le diamètre ne dépasse pas 3 mm. On en trouve également sur la paume de la main droite et sur le dos, sur le pied droit, etc... L'examen du sang donne 18 pour 100 d'hémoglobine, 1.300.000 érythrocytes, avec anisocytose, poïkylocytose, etc... On procède à deux transfusions de 500 g. de sang conservé et glucosé, et, sous l'influence d'un traitement martial, l'hémoglobine ne tarde pas à remonter à 70, puis à 78 pour 100. Cette malade a une fille de 37 ans qui présente également des épistaxis violentes et des télangiectasies de la langue et de la semi-muqueuse labiale. Un fils de 33 ans présente aussi parfois des épistaxis et des télangiectasies.

Des recherches poursuivies sur la famille de la malade ont permis de retrouver 37 sujets, dont 10 sont atteints de la maladie d'Osler. Comme d'ordinaire, la transmission héréditaire semble se faire comme un caractère dominant. Dans la 3e et la 4e génération de l'arbre généalogique de cette patiente, le nombre des malades est faible à cause de leur jeune âge.

P.-E. Morhardt.

REVUE DES JOURNAUX

LA SEMAINE DES HOPITAUX DE PARIS (Paris)

L. Ribadeau-Dumas. ***Rachitisme et avitaminose D*** (*La Semaine des Hôpitaux de Paris*, t. 17, n° 14, 25 Juin 1941, p. 449-454). — La statistique du Service de médecine infantile de la Salpêtrière, ne portant que sur des sujets malades, révèle des signes de rachitisme dans 52 pour 100 des cas. Il est difficile d'avoir une estimation précise de la fréquence du rachitisme en France. Il serait nécessaire de réaliser la prophylaxie systématique de cette affection.

L'huile de foie de morue reste un des meilleurs médicaments antirachitiques, mais elle est désagréable à prendre et d'activité inégale. On a proposé d'enrichir le lait en vitamine D en en faisant absorber à la vache, ou par irradiation du lait, ou par addition d'ergostérol irradié.

La cure du rachitisme peut se faire par des doses filées, quotidiennes, prolongées, ou par l'administration massive d'une dose unique de 10 à 15 mg.

Cette thérapeutique doit s'accompagner d'un régime alimentaire fournissant à l'enfant tout le phosphore et le calcium dont il a besoin.

Dans certains cas d'ostéopathie complexe, avec ostéoporose et ostéomalacie, il ne faut pas hésiter à donner des doses supérieures aux doses courantes. Pour éviter tout inconvénient, il faut alors guider la thérapeutique par le contrôle du métabolisme phospho-calcique et des phosphatases.

Robert Clément.

J. Chabrun et **Mlle M. Durrande.** ***Les régimes épais dans les vomissements des nourrissons*** (*La Semaine des Hôpitaux de Paris*, t. 17, n° 14, 25 Juin 1941, p. 455-464). — Le nourrisson vomit fréquemment et avec grande facilité. Son alimentation entièrement liquide constitue un volume considérable par rapport à son poids et aux dimensions de son estomac. Le régime épais a une action antiémétisante, surtout par ses qualités physiques. Un repas de même composition sera, suivant qu'il est de consistance épaisse ou fluide, conservé ou rejeté par un nourrisson vomisseur.

On peut épaissir le régime en supprimant une partie importante de l'eau contenue dans les aliments. On condense sous un petit volume la valeur calorique nécessaire à l'enfant, le repas épais est alors un petit repas au point de vue volumétrique, bien que de valeur nutritive normale. On peut aussi épaissir les aliments en y ajoutant, par exemple, de la farine.

L'absence d'eau de ce régime épais, qui en fait sa qualité au point de vue des vomissements, n'est pas sans danger, car le nourrisson a besoin de beaucoup d'eau pour vivre. Il est indispensable de fournir la quantité d'eau qui manque dans le régime épais. Les injections sous-cutanées et le goutte à goutte rectal ne sont pas la meilleure solution, il est préférable de donner à l'enfant par la bouche la quantité d'eau nécessaire une heure et demie ou deux heures après chacun des repas.

Le repas épais nécessite moins de déglutition, il gonfle très peu la poche à air, il favorise la fonction péristaltique de l'estomac. Cependant l'évacuation de l'estomac n'est pas accélérée.

Le régime épais est indiqué aussi bien dans les estomacs hypotoniques que dans les hyperkinétiques, dans les vomissements post-infectieux et l'anorexie. Les résultats sont habituellement brillants, malgré quelques incidents.

Robert Clément.

ANNALES DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE (Paris)

Sendrail et **Bazex** (Toulouse). ***Contribution à l'étude clinique et anatomo-pathologique des lipoïdoses ; les lipoïdoses cutanées*** (*Annales de Dermatologie et Syphiligraphie*, t. 1, n°s 5-6, Mai-Juin 1941, p. 166-202). — Les méthodes histiochimiques permettent de déceler des dépôts lipoïdiques dans la peau (xanthome, xanthélasma), dans les milieux de l'œil (gérontoxon), dans les parois vasculaires (athérome), dans les tophi, dans les cholestéatomes.

Les *lipoïdoses des grands appareils* comprennent les *lipoïdoses rénales* (néphrose lipoïdique d'Epstein, caractérisée par une albuminurie massive et un œdème généralisé);

Les *lipoïdoses spléniques ou hépatospléniques*, comprenant :

La *maladie de Niemann-Pick*, splénomégalie mortelle du nourrisson, avec mélanodermie, ascite et fièvre; des cellules spéciales, dites de Pick, contiennent des dépôts de phospholipides;

La *maladie de Bürger-Grütz*, non mortelle, atteint les grands enfants; les dépôts extracellulaires de phospholipides peuvent siéger aussi sous les muqueuses et sous la peau;

La *maladie de Gaucher*, maladie familiale, propre à l'enfance, est une lipoïdose splénique à cérébrosides;

La *maladie de Thannhauser et Magendantz*, lipoïdose hépatosplénique à cholestérol.

On a signalé également des *lipoïdoses nerveuses* (idiotie amaurotique), *cardio-vasculaires*, *osseuses* (xanthomatose cranio-hypophysaire ou *maladie de Schüller-Christian*).

Les lipoïdes colorables par les méthodes ordinaires (soudan III et IV, sulfate de bleu de Nil) existent en très faible quantité dans la peau normale. Les méthodes pondérales montrent que les lipoïdes constituent 1 à 4 pour 100 du poids total de la peau. Dans le sang, le taux du cholestérol total est de 1 *g.* 50 à 1 *g.* 80.

Les *lipoïdoses cutanées* peuvent être *secondaires* à diverses affections (gommes, cicatrices, sarcomes, hémangiomes, nævi) ou *primitives*.

Parmi les lipoïdoses primitives, le *xanthome* est le plus anciennement connu. Il est caractérisé par la présence des *cellules de Touton*, fusiformes, mono- ou multinucléées, bourrées de gouttelettes de lipoïdes.

Il existe trois formes de xanthomes : le *xanthome palpébral*, le *xanthome tubéreux*, plus fréquent, siégeant à la face d'extension des articulations, et le *xanthome disséminé*, plus rare, siégeant surtout aux plis de flexion des articulations, à la face, au scrotum et parfois sur les muqueuses.

La cholestérolémie est souvent normale dans le xanthome palpébral, peu modifiée dans le xanthome disséminé, très élevée (400 à 700 *mg.* pour 100 cm^3 de sang) dans le xanthome tubéreux.

Chez l'enfant, on peut noter un *xanthome tubéreux juvénile* et le *nævo-xanthome endothéliome*, apparaissant avant la deuxième année.

Thannhauser et Magendantz ont décrit une *maladie xanthomateuse*, caractérisée par une hépatosplénomégalie, des xanthomes plans ou tubéreux, une hypercholestérolémie et parfois des troubles ostéo-articulaires et vasculaires.

S. et B. rapportent l'observation d'une femme de 23 ans présentant des éléments de xanthome avec dépôts extracellulaires de lipoïdes, une cirrhose hypertrophique avec subictère et une hypercholestérolémie avec hyperlipidémie.

Deux facteurs semblent nécessaires pour donner naissance aux xanthomes : un trouble du métabolisme des lipoïdes et une lipoïdophilie du derme.

A côté du xanthome ordinaire, il existe une *cholestérose extracellulaire*, type rare décrit par Urbach, caractérisé par des nodules arrondis siégeant à la face d'extension des articulations, des papules hémisphériques de 2 à 4 *mm.*, disséminées sur les cuisses, le thorax, l'abdomen, des aires cicatricielles avec peau atrophiée et ridée, une pigmentation violet brunâtre autour des nodules et des cicatrices. Les muqueuses peuvent être atteintes. Evolution lente. Le lipoïde qui existe dans l'infiltrat dermique est le cholestérol.

R. Burnier.

JOURNAL DE RADIOLOGIE (Paris)

I. Jovin (Bucarest). ***La rœntgenthérapie thymique de certaines dystrophies adiposo-génitales*** (*Journal de Radiologie*, t. 24, n°s 5-6, Mai-Juin 1941, p. 107-110). — J. oppose au syndrome adiposo-génital de Babinski-Frölich une dystrophie de croissance (adiposité hypogénitale des enfants et des adolescents de Pende), qui est rapportée à une hypertrophie du thymus.

Elle se caractérise par la triade :

1° Obésité du type féminin avec gynécomastie chez les garçons, développement musculaire du type masculin avec hypertrichose chez les fillettes;

2° Retard dans le développement des organes génitaux dans les deux sexes;

3° Facies infantile avec caractère puéril inconstant.

Au point de vue psychique, on note l'absence d'esprit critique, la déficience de l'attention, une tendance à l'inversion sexuelle.

S. a traité après Pende, par la radiothérapie thymique, 6 cas de ce genre.

La technique indiquée est la suivante :

Tension : 160 Kv.
Intensité : 4 M.A.
Filtre : 0,5 Cu + 3 Al.
Distance: 0 *m.* 30.
Champ présternal de surface: 10/10.
Dose par champ et par séance : 100 r.
4 séances par série, à raison d'une séance tous les 2 jours.
3 séries à intervalle de 20 jours.

Bertrand.

REVUE FRANÇAISE DE GYNÉCOLOGIE ET D'OBSTÉTRIQUE (Paris)

J.-L. Wodon (Bruxelles). ***Les besoins alimentaires de la femme enceinte*** (*Revue française de Gynécologie et d'Obstétrique*, Juillet-Août 1941, p. 177). — La restriction alimentaire permet de réduire énormément la fréquence des toxicoses gravidiques et, aussi, de diminuer le nombre des dystocies. Mais, s'il faut indéniablement éviter, au cours de la grossesse, une suralimentation inutile et dangereuse, il faut aussi craindre un régime insuffisant qui pourrait être préjudiciable à la santé de la mère et de l'enfant.

Une femme doit-elle manger davantage parce qu'elle est enceinte ? A cette question, Wodon

répond que la ration d'une femme enceinte ne doit pas être modifiée au cours du premier trimestre et qu'à chaque mois, à partir du quatrième, la ration quotidienne devra être accrue de 60 calories. Ces augmentations mensuelles successives feront que, au cours du dernier mois de grossesse, une femme recevra 300 calories de plus qu'avant sa grossesse.

En ce qui concerne les protides, la ration quotidienne d'une femme de 60 *kg.* sera de 60 à 90 *g.* comme ration de base, et un supplément de 20 *g.* comme ration de grossesse. Devant l'importance de l'élaboration tissulaire au cours de la grossesse, la moitié des besoins protidiques sera fournie par des albumines animales. Au cours de la seconde moitié de la grossesse, la femme devra donc recevoir journellement 40 à 55 *g.* de protides d'origine animale. Soit, par exemple, 12 *g.* sous la forme de 50 *g.* de fromage, 6 *g.* sous la forme de 200 cm^3 de lait et 40 *g.* de protides sous forme de 200 *g.* de viande.

Il est nécessaire de procurer une quantité abondante de vitamine de croissance (vitamine A) à une femme enceinte. La plupart des auteurs estiment qu'une femme adulte doit recevoir un apport d'environ 2.000 à 4.000 unités internationales de vitamine A par jour; la femme enceinte, davantage, peut-être 6.000 unités.

L'alimentation d'une femme normale doit comporter environ 500 à 600 unités internationales de vitamine B_1 par jour ; celle d'une femme enceinte, davantage : de 700 à 800 unités. Normalement, on trouve une certaine quantité de vitamine B_1 dans les urines. Chez les femmes enceintes, cette excrétion est moins élevée et, chez celles qui, au cours d'une grossesse, présentent des symptômes de névrite ou certaines formes d'œdèmes, l'excrétion urinaire de vitamine B_1 est exceptionnellement basse. Ces symptômes de névrite, considérés actuellement comme des signes de carence en vitamine B_1, sont d'ailleurs fréquents chez les femmes enceintes. Il est facile et peu coûteux de conseiller, dans ces cas, l'usage de levure de bière.

Les besoins journaliers en vitamine C sont estimés à environ 50 *mg.* d'acide ascorbique, 75 à 100 *mg.* pour la femme enceinte.

Un adulte réclame au moins 80 *cg.* de calcium par jour. L'élaboration du fœtus requiert, au cours des 7 premiers mois, 50 *mg.* de calcium par jour, 120 *mg.* au cours des 2 derniers mois. Jusqu'au 7e mois de la grossesse, il faut donc assurer un apport journalier de 85 *cg* de calcium; à la fin de la grossesse, de 92 *cg.*

L'organisme a besoin de phosphore dans la proportion de 1,5 à 2 de phosphore pour 1 *g.* de calcium. A la fin de la grossesse, le régime doit dono apporter 1,5 à 2 *g.* de phosphore.

A la fin de la grossesse, la femme a besoin de 750 à 1.000 unités internationales de vitamine D. L'alimentation habituelle en Belgique comporte un apport extrêmement pauvre en vitamine D : le beurre en contient des traces, le jaune d'œuf un peu. Seuls les harengs et les sardines en contiennent des quantités estimables. Mais il est difficile d'astreindre une femme au hareng quotidien ; aussi W. considère-t-il comme nécessaire de conseiller aux femmes enceintes de prendre régulièrement de l'huile de foie de morue. Il faut, d'ailleurs, se garder de fournir un excès de calcium et de vitamine D au cours de la grossesse : une calcification trop intense des pariétaux peut être la cause de dystocies, lorsque l'enfant est volumineux.

La grossesse augmente les besoins en fer de l'organisme et la femme doit en recevoir, à la fin de la grossesse, 20 *mg.* par jour. Le pain complet, le jaune d'œuf et divers médicaments pourront être utilisés à cette fin.

Henri Vignes.

LE JOURNAL DE MEDECINE DE LYON

Jean Barbier et Gabriel Piquet. ***L'ulcère gastrique aigu d'origine dentaire*** (*Journal de Médecine de Lyon*, 20 Octobre 1941, p. 445). — B. et P. rapportent 7 observations qui toutes présentent les points communs suivants :

Les ulcères sont survenus en fin de période de soins dentaires importants, ayant tous comporté de nombreuses extractions, un temps plus ou moins prolongé où le malade vécut en édenté, puis un appareillage complet. Fait important, les premiers signes dyspeptiques ont fait leur apparition quelques semaines après les premières extractions.

L'allure rapide des troubles chez ces personnes atteignant la soixantaine oriente faussement vers le diagnostic de néoplasme.

Tout se passe comme si l'estomac était atteint d'une maladie ulcéreuse aiguë avec lésions inflammatoires importantes et grosse périgastrite simulant le cancer et comme si la guérison était définitive, sans tendance aux rechutes.

Pour B. et P., deux conditions paraissent influer sur le développement de l'ulcération : l'une mécanique, liée au défaut de mastication, l'autre microbienne, provenant de la déglutition de sérosités infectées d'origine gingivo-dentaire.

Pratiquement, il convient, pour éviter ou guérir ces troubles, de prescrire aux malades en cours d'appareillage une alimentation appropriée (préparée au masticateur ou à la « moulinette ») et des soins de désinfection gingivale.

M. Dechaume.

DEUTSCHE MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT
(Leipzig)

R. Enger (Berlin). ***Altérations rénales consécutives au traitement par les sulfamides*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, t. **66**, n° 47, 22 Novembre 1940, p. 1292-1295). — A la suite d'un traitement par l'Ulirone, fait à des doses normales (11 *g.* en 4 jours), pour une récidive de blennorragie chez un homme de 40 ans au passé indemne de toute affection rénale, se montre une anurie menaçante qui ne peut être conjurée qu'après 5 jours d'une thérapeutique énergique (injections intraveineuses de solution glycosée hypertonique, ondes courtes sur la région lombaire, saignée, etc...). Les modifications du pigment sanguin ne peuvent pas avoir eu d'influence décisive, car la quantité de méthémoglobine trouvée dans le sang était minime et il n'existait pas de verdohémochromogène. Des concrétions hématiques furent expulsées au moment du rétablissement de la diurèse, mais elles n'étaient pas assez volumineuses ni nombreuses pour causer d'obstruction mécanique. La longue persistance du trouble du pouvoir de concentration doit être considérée comme traduisant l'altération directe de l'appareil tubulaire.

Il se forme souvent des concrétions urinaires après l'usage des sulfamides, mais l'anurie a été rarement observée. E. cite une anurie de 2 jours terminée par guérison, le cas mortel de Tsao avec présence de calculs bilatéraux et le cas de Rathery survenu après injection de sulfamide et terminé également par la mort, malgré l'intervention chirurgicale; les tubes contournés présentaient des précipités albumineux.

Quand il n'y a pas d'occlusion mécanique des deux uretères, il importe grandement pour la thérapeutique de faire franchir au malade la période d'anurie avec rétention croissante des déchets du métabolisme, jusqu'au moment où le parenchyme rénal se trouve assez restauré pour que l'excrétion urinaire se remette en train. A cet effet, il y a lieu de favoriser la formation d'œdème (grandes injections intraveineuses de solution glycosée hypertonique, goutte à goutte rectal glycosé, boissons abondantes, etc...).

Il faut donc surveiller soigneusement l'appareil urinaire au cours du traitement sulfamidé, et si des modifications légères de l'urine surviennent (albuminurie, hématurie, cylindrurie), et surtout des douleurs à type de coliques, ne pas hésiter à suspendre la médication.

P.-L. Marie.

A. Loeser (Fribourg-en-Br.). ***Bases pour l'emploi de l'iode dans les affections thyroïdiennes*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, t. **67**, n° 23, 6 Juin 1941, p. 615-619). — L'iode, élément constitutif capital de l'hormone thyroïdinene, l'iodothyréoglobuline, a une double influence sur la thyroïde :

1° L'iode exerce une action inhibante sur la structure et la fonction de la thyroïde, se traduisant par l'augmentation de la substance colloïde, l'aplatissement de l'épithélium folliculaire et la moindre libération d'hormone thyroïdienne.

Quand on donne aux animaux à thyroïde normale des composés iodés minéraux à dose convenable, la colloïde augmente; avec l'iode introduit la glande élabore de l'hormone qui est emmagasinée sous cette forme. L'augmentation de la colloïde à la suite de l'iode est spécialement nette chez les animaux à thyroïde hyperplasiée pauvre en colloïde : la colloïde s'accumule et n'est presque plus déversée dans le sang.

Quand l'organisme a besoin d'hormone, la colloïde produite est résorbée par les cellules qui l'ont élaborée et passe dans le sang; l'épithélium redevient cylindrique; les parois du follicule s'affaissent.

Ces processus d'élaboration, d'emmagasinement et de libération dépendent étroitement de l'activité de l'antéhypophyse qui par l'hormone thyréotrope les stimule et les règle. Inversement, tout indique que la résorption de l'hormone par les cellules folliculaires et son déversement dans le sang sont empêchés quand on introduit des quantités convenables d'iode dans l'organisme. Il en est de même chez les basedowiens où l'iode met la glande au repos, faisant diminuer la mise en liberté d'hormone. Diverses explications ont été avancées pour rendre compte de cet effet favorable. Toutes sont peu satisfaisantes. Il est probable, là aussi, que l'iode entrave la résorption de l'hormone sécrétée dans le follicule. L'inhibition de l'activité cellulaire étant un effet de l'iode introduit, on conçoit que l'état morbide s'aggrave de nouveau quand on suspend l'apport d'iode. Il s'ensuit que l'organisme est alors submergé par la totalité de la colloïde accumulée pendant le traitement iodé. On comprend ainsi que des doses d'iode isolées ou éparpillées peuvent produire le résultat inverse de celui recherché. L'interruption de l'apport d'iode est une des sources possibles de danger dans l'iodothérapie du basedowisme. Une autre réside dans le renversement subit de l'action de l'iode.

2° En effet, l'iode possède encore une autre action, un effet excitant sur la structure et la fonction thyroïdiennes, effet qui peut se manifester lors de tout traitement iodé, mais surtout dans le basedowisme, quand l'apport d'iode est continué au delà d'un certain temps. De cette action capitale relèvent la majorité des effets secondaires fâcheux de l'iodothérapie non surveillée. Cette excitation de la fonction thyroïdienne se traduit par la diminution de la colloïde, l'hypertrophie des cellules épithéliales, la surproduction et la libération exagérée de l'hormone. Elle est déclenchée surtout par l'administration de doses d'iode excessives et est d'autant plus forte que la dose journalière est plus élevée. Les explications données seraient peu satisfaisantes si l'on se bornait à considérer la thyroïde isolément, sans tenir compte des corrélations


ANÉMIE - HÉMOGÉNIE
ANOREXIE - HYPOPEPSIE
1 à 3 ampoules buvables
de
GASTRHÉMA
MÉTHODE de CASTLE
Extrait hydrosoluble
d'antre pylorique de Porc
GASTRHÉMA
FRÉNASMA
NÉOSULFA
Le GASTRHÉMA est admis par les Assurances Sociales et l'Assistance Publique
Laboratoire du GASTRHÉMA, 71, rue Saint-Blaise, PARIS, 20e


PANGLANDINE
CRÉÉE EN 1897
toute une équipe au secours des
GLANDES DÉFICIENTES
Tous les troubles endocriniens
de l'Enfant,
de l'Adulte,
du Vieillard.
4 à 10 CAPSULES PAR JOUR
LABORATOIRES COUTURIEUX • 18 AVENUE HOCHE • PARIS

entre thyroïde et antéhypophyse, celle-ci jouant le rôle d'organe-pilote stimulant par l'intermédiaire de l'hormone thyréotrope la fonction thyroïdienne. Expérimentalement, les sels halogénés d'iode excitent l'activité hormonale de l'hypophyse, dont la teneur en hormone thyréotrope augmente tandis que l'activité thyroïdienne s'accroît, comme le montrent les modifications histologiques de la thyroïde, celles-ci ne se produisant plus quand on a enlevé l'hypophyse.

L. explique ainsi l'action bienfaisante, puis secondairement nocive, des mêmes doses d'iode chez les basedowiens : la thyroïde, très pauvre en iode au début, l'accumulerait avec avidité, puis à la longue l'emmagasinement étant devenu impossible, l'iode irait exciter l'hypophyse, déclenchant la libération excessive d'hormone thyroïdienne. Il convient donc de manier l'iode avec prudence, d'autant que la susceptibilité à l'iode est très variable. On sera particulièrement attentif dans les pays goitrigènes. Chez les basedowiens, la dose de X gouttes de solution de Lugol, 2 ou trois fois par jour, pendant 10 jours, convient le mieux à freiner la fonction thyroïdienne.

P.-L. Marie.

F. Hoff (Würzburg). ***Troubles dans l'harmonie de la répartition de la graisse*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, t. 67, n° 26, 27 Juin 1941, p. 703-706). — Les troubles observés dans la distribution de la graisse ne peuvent s'expliquer exclusivement par le bilan du métabolisme. Les diverses formes d'obésité et de maigreur présentent, en dehors de l'excès et du défaut, des troubles caractéristiques dans l'harmonie de la répartition de la graisse. La lipophilie locale des tissus dépend du système nerveux. Des désordres locaux de l'innervation peuvent aller de pair avec des troubles locaux dans la distribution de la graisse, comme le montrent les exemples donnés par H. De plus, un facteur tissulaire autochtone, indépendant du système nerveux, intervient dans la lipophilie locale. Un fragment de la peau de l'abdomen, transplanté sur la main, peut encore, au bout de plusieurs années, se transformer en « ventre obèse » quand dans l'intervalle les téguments du ventre se chargent abondamment de graisse. Par ailleurs, des influences directrices supérieures, émanant du système cerveau intermédiaire-hypophyse, s'exercent sur la régulation nerveuse et la régulation locale. Si ce système présente un état pathologique, il peut se produire des désordres dans la répartition de la graisse avec une dissociation de l'apport adipeux entre les parties supérieure et inférieure du corps. H. relate un cas de lipodystrophie progressive survenue à la suite d'une affection inflammatoire de la région suprasellaire du cerveau. Il apporte deux autres exemples de cette dissociation dans la répartition de la graisse; un de ces cas, où existait une maigreur de la moitié supérieure du corps contrastant avec des jambes énormes, s'accompagnait d'un syndrome basedowien; dans l'autre, où la graisse, normale à la partie supérieure du corps, était surabondante aux membres inférieurs, coexistait un diabète insipide, le tout très amélioré par les injections d'antéhypophyse. Des troubles de ce genre, mais moins accusés, sont d'observation fréquente. Les hormones marquent leur empreinte sur l'ensemble de la configuration humaine, la répartition de la graisse y comprise. Cette empreinte se réalise par l'entremise des dispositifs régulateurs déjà indiqués. Les troubles de la répartition de la graisse s'associent souvent à d'autres troubles du développement, et spécialement osseux, comme l'attestent les faits cliniques rapportés, et en particulier un cas d'arachnodactylie coexistant avec une maigreur extrême.

P.-L. Marie.

DERMATOLOGISCHE WOCHENSCHRIFT

(Leipzig)

W. Selberg. ***Cancer étendu de la peau à la suite d'un cancer primitif des deux trompes*** (*Dermatologische Wochenschrift*, t. 113, n° 27, 5 Juillet 1941, p. 579-583). — Une femme de 61 ans entre à l'hôpital, le 21 Février 1940, pour des lésions cutanées disséminées sur la peau et apparues depuis 10 mois. A la cuisse et à la jambe gauches, à l'abdomen et au thorax, apparaissent successivement, sur la peau fortement épaissie, des nodosités grosses comme une lentille ou un ongle, de coloration rouge violacé, et parfois ulcérées.

L'examen gynécologique est rendu difficile en raison de l'infiltration du bassin; on ne sent pas de tumeur ovarienne ni rectale.

Une biopsie des nodosités montra qu'il s'agissait d'un adénocarcinome (tumeur primitive inconnue). Les tumeurs augmentèrent en nombre jusqu'à la mort de la malade, qui survint le 18 Mars 1940, avec fièvre et dyspnée.

L'*autopsie* montra un cancer des deux trompes avec péritonite, des métastases dans la peau, le péricarde, le duodénum, le foie, la vessie; hydrothorax bilatéral. Histologiquement, il s'agissait d'un adénocarcinome des trompes. Ovaires et utérus étaient sains.

Les cas de ce genre sont très rares : 335 cas ont été publiés, dont 87 bilatéraux; le plus souvent, il s'agit d'une trouvaille opératoire ou d'autopsie.

Les métastases cutanées dans le cancer tubaire ont été signalées dans 8 cas; dans tous les cas, il s'agit de métastases d'implantation après opération ou ponction (ascite). Le cas de S. est le premier cas de métastase pure, sans opération ni radiothérapie antérieure.

Le cancer tubaire succède surtout à une salpingite chronique, plus rarement à une tuberculose tubaire.

Le diagnostic clinique du cancer cutané est difficile : la peau épaissie et indurée rappelle le myxœdème ou la sclérodermie ; les ulcérations peuvent faire penser au mycosis fongoïde, à la forme cutanée de la lymphogranulomatose.

La biopsie et l'histologie permettent ordinairement un diagnostic précis : cancer primitif ou métastatique.

Dans le cas de S., comme il s'agissait d'un adénocarcinome, la tumeur primitive devait être cherchée dans le tractus gastro-intestinal ou dans les organes génitaux internes.

R. Burnier.

KLINISCHE WOCHENSCHRIFT

(Berlin)

H. Franke (Breslau). ***L'action de la vitamine K sur la résistance des capillaires dans l'ictère par rétention*** (*Klinische Wochenschrift*, t. 20, n° 9, 1er Mars 1941, p. 212-216). — Pour étudier les effets de la vitamine K sur la résistance des capillaires en cas d'ictère par rétention, F. a eu recours à l'appareil à succion de Borbely. Avec cet appareil, la valeur-limite de la résistance des capillaires est atteinte quand, au bout d'une minute, il est apparu une ou deux pétéchies dans la partie centrale de la ventouse. Cet effet est obtenu par une dépression de 18 à 22 *cm.* de mercure sur le bras, à la hauteur de la base du cœur, et de 12 à 16 *cm.* dans la région sus-claviculaire. Pour un même individu, les chiffres obtenus sont extrêmement constants. Chez la femme, ces chiffres présentent un abaissement net avant les règles.

Il a été procédé à l'examen de 6 malades. Chez l'un d'eux, homme de 63 ans, présentant de l'ictère depuis 4 semaines, on a constaté que la résistance des capillaires était très diminuée (3 *cm.* 5 à 4 *cm.* dans la région sus-claviculaire et 4 *cm.* à 4 *cm.* 5 sur le bras).

Chez tous ces sujets, l'administration de vitamine K (6 fois 200.000 unités Dam) a fait augmenter la résistance des capillaires dans des proportions souvent considérables, jusqu'à 114 pour 100, mais le plus souvent sans atteindre les chiffres normaux.

Une autre série de 6 malades examinés à ce point de vue, présentant des affections du foie et de la rate sans occlusion des voies biliaires, des troubles de la digestion des graisses ou des affections banales, a permis de constater que l'augmentation de la résistance des capillaires déterminée par l'administration de vitamine K était très faible ou nulle. En somme, il semble bien qu'en cas d'ictère par occlusion, l'administration de vitamine K améliore la résistance des capillaires, dont la diminution doit donc être attribuée à une carence de cette vitamine. L'administration de ce principe à doses suffisantes doit donc contribuer à faire disparaître ces tendances aux hémorragies observées en cas d'ictère par rétention.

P.-E. Morhardt.

Erich Schneider (Francfort-sur-l'Oder). ***L'action vitaminique des acides gras non saturés*** (*Klinische Wochenschrift*, t. 20, n° 18, 3 Mai 1941, p. 437-440). — On conteste à certains acides non saturés l'appellation de vitamine parce qu'il s'agit, en somme, de principes ayant des propriétés nettement alimentaires. L'acide linolique et l'acide linoléique sont effectivement abondants dans les graisses et dans le lait des animaux domestiques, et assimilés de la même façon. Ces corps jouent néanmoins un rôle important dans l'économie, notamment au point de vue des échanges d'hydrates de carbone et de la résorption de certains corps gras. Depuis les premiers travaux d'Evans et Burr, de M. Shepherd et D. Linn, etc..., on est d'ailleurs arrivé à trouver des régimes plus appropriés pour l'expérimentation sur l'animal. Le caractère qui distingue les rats carencés des autres, la queue en forme de prêle, macroscopiquement très caractéristique, l'est peu à l'examen histologique. Néanmoins, on a pu ainsi arriver à trouver d'autres acides gras non saturés doués des mêmes propriétés.

Quoi qu'il en soit, des préparations de vitamine F sont utilisées pour assouplir les peaux dures et sèches, et c'est à ce corps que bien des auteurs attribuent les résultats obtenus avec l'huile de foie de morue dans le traitement des plaies. La séborrhée, la croûte de lait, la furonculose, certaines formes d'eczéma pourraient également être considérés comme des carences de vitamine F.

Des expériences poursuivies chez des rats ont permis de constater que l'administration de vitamine F par injection entraîne un arrêt de croissance, puis une diminution de poids et enfin une mort rapide, sans que l'examen histologique permette de déterminer le mécanisme de la mort. *Per os*, cette vitamine est inoffensive chez l'homme à la dose de 100 *g.* par semaine. Il semble que les graisses riches en acides gras doivent être préférées pour l'alimentation. Il y aurait lieu de rechercher si d'autres acides non saturés ne pourraient pas donner des résultats intéressants, comme par exemple l'acide éléostéarique, l'acide licanique, l'acide parinarique, etc...

D'après les expériences cliniques de F., une proportion de 0,4 à 2 pour 100 de vitamine F (1.000 à 5.000 unités Shepherd-Linn par gramme) associée à un véhicule neutre remplacerait efficacement les topiques utilisés avec succès dans le traitement des plaies et contenant 20 à 30 pour 100 d'huile de foie de morue.

P.-E. Morhardt.

MUNCHENER MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT

R. Abderhalden (Halle). ***Importance des ferments de défense pour la clinique et l'expérimentation*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, t. 88, n° 26, 27 Juin 1941, p. 726-730). — La réaction des ferments de défense d'A. est fondée sur un principe biologique général : l'apparition de ferments protéolytiques doués d'une grande spécificité dirigés contre les albumines étrangères à l'organisme introduites par voie parentérale. La présence de ces ferments peut être décelée indirectement à l'aide d'une réaction colorée fournie par les produits de désintégration, après action sur le substratum.

Grâce à la grande spécificité de ces ferments, on peut différencier d'une façon simple les protéines les unes des autres, ce qui a permis de résoudre maints problèmes. Ainsi on a pu reconnaître que les protéines des mêmes organes ou tissus appartenant à des animaux différents ont une constitution différente, qu'il existe des différences suivant le sexe, qu'une dissemblance dans la globine est à la base des divers groupes sanguins, que les protéines irradiées par les rayons ultra-violets se distinguent des non-irradiées, etc... Cette haute spécificité s'efface quand la quantité d'albumine injectée à l'animal dépasse un certain taux. Les protéinases obtenues sont alors capables d'attaquer les albumines apparentées à celle qui a été injectée. On a tiré parti de cette propriété pour déceler la parenté de structure de diverses protéines dans l'étude de l'hérédité. On a pu ainsi déterminer chez des bâtards la prépondérance soit paternelle, soit maternelle.

La réaction a donné d'excellents résultats dans la différenciation des protéines de diverses espèces de bactéries très voisines, permettant de distinguer entre les types de bacilles tuberculeux, de paratyphiques, etc... La grande spécificité des ferments de défense explique les nombreux échecs de la vaccinothérapie. La production des ferments de défense est d'importance décisive pour l'issue de la lutte entre les microbes et l'organisme. Les tuberculeux ont dans leur sérum des ferments dirigés contre les protéines bacillaires et qui sont d'autant plus actifs que l'état général est meilleur. La réaction a encore permis de reconnaître l'importance de la flore associée chez les tuberculeux. Dans la grippe apparaissent des protéinases dirigées contre le bacille de Pfeiffer, ce qui établit sa participation pathogène. On a pu y voir aussi que les « streptocoques de la scarlatine » dérivent des streptocoques hémolytiques banaux.

La réaction rend également des services dans le diagnostic du cancer, mais il faut savoir qu'il n'y pas d'albumine cancéreuse unique. L'albumine de chaque cellule cancéreuse offre un caractère spécifique selon le lieu de son origine. L'urine d'un sujet atteint de cancer gastrique renferme un ferment attaquant l'albumine provenant d'un cancer gastrique, mais non celle d'un cancer mammaire, par exemple. Par contre, il y a certaines relations de parenté entre l'albumine de la tumeur primitive et celle de ses métastases. Il faut donc employer dans la recherche de toutes les albumines cancéreuses susceptibles d'intervenir et répéter les examens pour chaque malade, l'élimination des ferments étant variable selon les moments. La présence de ferments de défense constatée à plusieurs reprises permet d'affirmer le diagnostic de cancer, tandis que leur absence est un gros argument contre ce diagnostic.

Dans les affections endocriniennes, la réaction est précieuse pour poser un diagnostic précoce et exact ainsi que pour suivre l'efficacité d'un traitement. Mais on ne peut que reconnaître le dysfonctionnement d'une glande, sans pouvoir dire s'il s'agit d'hypo- ou d'hyperfonctionnement. On ne peut non plus préciser ainsi le degré de l'atteinte glandulaire. Il faut s'abstenir d'administrer des vitamines ou des hormones pendant les 15 jours précédant la recherche, celles-ci déclenchant souvent des troubles de la sécrétion interne de diverses glandes à la fois.

Avec cette réaction, il a été possible de montrer que la sensibilité des divers organes aux rayons X est bien plus grande qu'on ne l'admettait jusqu'ici. Même constatation avec les rayons ultraviolets.

La technique de la mise en évidence des ferments de défense s'est trouvée très simplifiée dans ces derniers temps par suite de l'emploi de l'urine au lieu du sérum. Ses multiples possibilités lui assignent une place de premier plan, tant en clinique que dans la recherche expérimentale.

P.-L. Marie.

CASOPIS LEKARU CESKYCH (Prague)

Mentl (Prague). ***Quelques remarques sur la pathogénie des troubles circulatoires accompagnant la modification de la sécrétion des glandes génitales et leur diagnostic dans la pratique caurante*** (*Casopis Lekaru Ceskych*, vol. 79, n° 35, 30 Septembre 1940, p. 736). — Cet article représente la communication faite par le professeur de cardiologie à la séance réunie de la Société de Cardiologie et de la Société d'Endocrinologie, qui a eu lieu le 29 Mars 1940, et fait suite aux communications de Karasek — qui a présenté les résultats de ses expériences physiologiques — et de Saidl, lequel, en sa qualité de gynécologue, a observé plusieurs fois l'action favorable de la folliculine sur l'hypertension de la ménopause.

Tout d'abord, M. conteste la fréquence d'apparition de l'hypertension à la ménopause et croit que dans la majorité des cas il s'agit d'une hypertension latente découverte à l'occasion de l'examen provoqué par des troubles climatériques. Il cite l'opinion de Kretz que la vie végétative est réglée par trois facteurs : endocrinien, système nerveux végétatif, état électrolytique — la modification de chacun de ces facteurs étant susceptible de provoquer des troubles. M. attire l'attention sur le terrain des femmes chez lesquelles apparaissent les troubles circulatoires de la ménopause. Il s'agit presque toujours de femmes instables, sympathicotoniques, hypersensibles. Chez ces femmes « prédisposées », la disparition de la sécrétion ovarienne provoque des troubles circulatoires parfois graves; chez d'autres, au terrain plus stable même, la castration et la ménopause brusque qu'elle engendre amènent peu de troubles. Par contre, les troubles circulatoires de la puberté apparaissent chez le type constitutionnel asthénique, à puberté tardive, et l'hypoplasie des glandes génitales.

M. exprime l'opinion que si les hommes sont plus sujets aux troubles artériels, les femmes à ceux du système veineux, et que chez les hommes les accidents brutaux sont plus fréquents, il ne s'agirait pas tellement de l'influence hormonale que de celle de l'activité habituelle et du genre de vie différent chez les deux sexes.

Sobieski.

ACTA PSYCHIATRICA ET NEUROLOGICA (Copenhague)

Tore Broman. ***Les possibilités de passage des substances du sang dans le système nerveux central*** (*Acta Psychiatrica et Neurologica*, vol. 16, fasc. 1, 1941, p. 1-27). — L'échange de substances entre le sang et les cellules nerveuses ne peut se faire qu'à travers la paroi des capillaires ou celle de ces mêmes cellules. Pour en juger, il est indispensable de connaître la perméabilité de ces membranes, ainsi que l'état physico-chimique des substances qui les entourent.

L'opinion admise jusqu'ici était que les parois capillaires constituaient une barrière imperméable aux colloïdes et laissant passer librement les cristalloïdes et l'eau. Des recherches variées avec les colorants acides et certaines toxines en particulier montrèrent que ces substances ne peuvent pénétrer qu'exceptionnellement le système nerveux central, alors qu'elles diffusent dans les autres organes. Ce comportement différent n'est dû uniquement ni à leur concentration, ni aux conditions environnantes, ni à la perméabilité des membranes des nerfs et des cellules gliales. Il est évident par contre que l'obstacle est représenté par l'*intima* des vaisseaux du cerveau.

A cette barrière qui se manifeste pour les colorants acides, à charge électriquement négative, on a donné le nom de barrière hémato-encéphalique, qui siège au niveau des parois vasculaires. Celles-ci doivent donc différer dans le système nerveux et dans les autres organes. Ce qui est discutable, c'est de préciser dans quelle mesure la membrane piagliale qui entoure tous les vaisseaux cérébraux contribue à jouer le rôle de barrière entre le sang et le système nerveux, réalisant une imperméabilité dite « irréciproque ».

L'existence d'une barrière entre le sang et le liquide céphalo-rachidien est plus discutable. Les expériences faites avec les colorants et d'autres substances laissent cette question en suspens.

La barrière hémato-encéphalique est indiscutablement d'une grande importance et doit être prise en considération dans de nombreux cas. C'est elle sans doute qui explique l'absence de passage du sang dans les centres nerveux de toxines bactériennes variées, de certains virus, de certaines bactéries. Il en est de même pour l'absence des pigments biliaires dans les centres nerveux au cours de l'ictère. A ces constatations négatives il faut opposer les substances à charge électrotonique positive, telles que les colorants basiques et un certain nombre d'agents médicamenteux ayant une action électrique sur les centres nerveux, pour lesquels la barrière hémato-encéphalique est perméable.

H. Schaeffer.

REVUE DES JOURNAUX

GAZETTE DES HOPITAUX
(Paris)

M. Auvray. *Résultats éloignés du traitement des fractures compliquées de jambe* (*Gazette des Hôpitaux*, an. **114**, n°s 73-74, 10-13 Septembre 1941, p. 713-721). — Dans l'ensemble le pronostic est toujours grave, parfois du point de vue vital mais surtout du point de vue fonctionnel.

L'étude comparée des résultats fournis par les deux méthodes de traitement mises en œuvre (désinfection du foyer de fracture sans ostéosynthèse et désinfection suivie d'ostéosynthèse) a montré que, dans les cas de notre statistique *qui ont été traités par l'ostéosynthèse*, il existait moins de déformations, d'incurvations, de désaxements, d'attitudes vicieuses du membre blessé que chez les sujets non ostéosynthétisés; de même l'absence de raccourcissement était bien plus fréquente et les grands raccourcissements plus rares.

Par contre, à la suite de l'ostéosynthèse, les accidents infectieux prolongés au niveau du foyer de fracture (ulcérations, abcès, ostéites, fistules) ont été observés plus souvent (mais les blessés, chez lesquels l'ostéosynthèse a été appliquée, semblent avoir été les plus gravement atteints); les mouvements du cou-de-pied et du pied étaient plus limités, la motilité du membre plus atteinte; les cas dans lesquels la marche était normale ou à peu près étaient un peu moins nombreux;

Chez les blessés ayant subi l'ostéosynthèse, il y a eu moins d'*incapacités temporaires* de courte durée et plus d'incapacités temporaires prolongées atteignant un chiffre élevé ;

Les *incapacités permanentes* à taux réduit ont été plus rares, les incapacités permanentes à taux élevé plus fréquentes.

Et cependant, dans certaines circonstances commandées par l'étendue des désordres anatomiques et la très grande difficulté de maintenir les extrémités osseuses en présence, l'ostéosynthèse s'est imposée et a rendu les plus grands services.

H. Lenormant.

GAZETTE MÉDICALE DE FRANCE
(Paris)

Coste et M. Morin. *Etude sur le traitement des arthrites et polyarthrites* (*Gazette Médicale de France*, t. **48**, n° 19, 1er numéro d'Octobre 1941, p. 545-561). — Selon C. et M. le gluconate de calcium à fortes doses et prolongées a une efficacité parfois surprenante dans les polyarthrites chroniques sévères et rebelles. Mais les résultats ne sont pas constants.

H. Lenormant.

JOURNAL DES PRATICIENS
(Paris)

Terrien. *Les hémorragies intra-oculaires récidivantes des sujets jeunes [complications immédiates et suites éloignées]* (*Journal des Praticiens*, an. **55**, n° 40, 4 Octobre 1941, p. 589; n° 41, 11 Octobre 1941, p. 605; n° 44, 1er Novembre 1941, p. 651). — Cette affection s'observe surtout de 10 à 35 ans souvent brusquement et souvent par poussées successives. Il s'agit d'abord de strie de sang au voisinage des veines rétiniennes s'élargissant en nappe. Elles peuvent aboutir à un véritable hématome du vitré. La résorption est fréquente mais la récidive est à craindre. La multiplication peut aboutir à une rétinite proliférante. Elles exposent en tout cas à un glaucome ou à un décollement de la rétine. Les causes de l'accident sont variables, tuberculose, infections diverses ou intoxication, plus rarement causes vasculaires.

Les traitements proposés sont nombreux et souvent peu efficaces.

H. Lenormant.

LE PROGRÈS MÉDICAL
(Paris)

Touraine. *Le bilan pathologique de la syphilis* (*Progrès Médical*, an. **69**, n°s 35-36, 6 Septembre 1941, p. 643-645. — Selon T., il y a 4 à 6 millions de syphilitiques en France entretenus par 80 à 85.000 contagions par an. T. présente une étude de la morbidité générale de la maladie; il évalue la part de la syphilis dans la mortalité générale en France à plus de 20 pour 100. Il ne s'agit que d'une évaluation personnelle et non d'une statistique objective. En outre, T. fait entrer dans le cadre de la syphilis toute une série d'affection dont la nature spécifique est en réalité discutée telles que aortites et cirrhoses.

H. Lenormant.

M. Loeper. *Benzol et foie* (*Progrès Médical*, an. **69**, n°s 41-42, 18 Octobre 1941, p. 729-741). — L., après avoir brièvement rappelé les symptômes de l'intoxication benzolique, s'occupe des troubles hépatiques qui sont le plus souvent latents. L. a constaté parfois des modifications des coefficients de Mollard et azoturiques, des troubles de la galactosurie alimentaire, plus souvent les coefficients soufrés sont abaissés.

Des autopsies ont montré l'existence d'hépatites de types divers qui paraissent bien liées à l'intoxication benzolique. Des expériences sur le cobaye ont confirmé l'existence de lésions hépatiques.

H. Lenormant.

LA SEMAINE DES HOPITAUX
(Paris)

G. Heuyer et Fouquet. *Les psychoses carcérales* (*La Semaine des Hôpitaux*, an. **17**, n° 19, 3 Octobre 1941, p. 629--651). — H. et F. ont étudié toute une série de cas de psychoses observées dans des prisons. Il s'agit de *delirium a potu suspenso* ou de psychoses à formes dépressives mélancoliques ou à formes confusionnelles. Le diagnostic est quelquefois difficile avec les simulateurs. Le pronostic est en général bénin. Le plus souvent cette affection ne survient que chez des sujets prédisposés. L'incarcération ne jouant que pour déclancher le processus morbide apparent. Du point de vue légal, la psychose carcérale ne modifie pas la responsabilité du sujet.

H. Lenormant.

N. Péron et M. Hacquard. *Les psychoses réactionnelles aux armées* (*La Semaine des Hôpitaux*, an. **17**, n° 19, 3 Octobre 1941, p. 657). — Selon P. et H., les psychoses réactionnelles constituent un groupe d'états mentaux fréquents. Par leur polymorphisme souvent déroutant, par les difficultés inhérentes à leur traitement, leur pronostic favorable, elles constituent parmi les psychoses aiguës une entité clinique importante et symptomatique des réactions individuelles et collectives aux événements de guerre.

H. Lenormant.

JOURNAL DE CHIRURGIE
(Paris)

J. Boudreaux. *Les abcès de l'utérus* (*Journal de Chirurgie*, t. **57**, n° 2, 1941, p. 134). — Cette étude des abcès de l'utérus débute par l'exposé de 2 observations recueillies à la Clinique chirurgicale de la Salpêtrière.

La première est celle d'une femme de 38 ans qui, à la suite de manœuvres abortives par introduction intra-utérine d'une longue canule, est admise au 6e jour avec pertes fétides. Température à 39°6 et douleurs pelviennes sourdes et continues. Au toucher : utérus mou, douloureux, déjeté à droite par une masse inflammatoire située le long de la corne utérine gauche. Au 10e jour, intervention indiquée par l'augmentation de la masse juxta-utérine que l'on croit être une réaction inflammatoire autour d'une perforation utérine. L'épiploon masque le bloc inflammatoire unissant l'anse sigmoïde à la corne gauche; la libération de l'intestin entr'ouvre la cavité d'un abcès sous-séreux siégeant dans la corne utérine, entre les insertions très épaissies du ligament rond et celles de la trompe. Hystérectomie subtotale de droite à gauche, avec conservation de l'ovaire gauche. Drainage par le col; Mikulicz. Guérison en 1 mois. L'examen de la pièce montre la situation sous-séreuse de l'abcès solitaire, la cavité utérine comblée par une masse placentaire putréfiée et le pertuis du trajet suivi par l'instrument ayant infecté le tissu utérin et menant à l'abcès.

La seconde donne l'exemple d'un abcès de la corne utérine gauche, cette fois spontanément développé, comme complication septique du sphacèle d'un polype utérin en voie de dégénérescence. L'intervention montre ici encore l'épiploon cachant les organes pelviens; sa libération ouvre un abcès péritonéal sous-séreux; hystérectomie totale avec drainage et Mikulicz abdominal. L'examen de la pièce montre un gros polype sphacélique inséré largement sur le fond utérin ; la loge de l'abcès occupe toute l'épaisseur du myomètre, sans communication apparente avec la cavité utérine.

Ces deux observations sont le point de départ d'une étude d'ensemble des abcès de l'utérus, qui sont rares et ont même été niés, et comptent 86 cas.

Ils sont dans 85 pour 100 des cas d'*origine puerpérale*, surtout *post abortum* pour Mercadé et Bar, surtout *post partum* pour Roy, Wilmoth, Lejeune et Démarez. B. trouve, en faveur de cette seconde étiologie, 40 cas *post partum* contre 19 *post abortum*; le traumatisme obstétrical jouant un rôle effacé. L'infection du parenchyme expliquée par la persistance aux cornes utérines de débris embryonnaires kystiques (Mercadé), par la throm-

bophlébite suppurée (Roy et Lejeune), se fait surtout par voie lymphatique : l'abcès est lymphangitique. Le traumatisme par curettage a été observé 12 fois sur 19 cas *post abortum*.

Le germe pathogène a été rarement le staphylocoque, le colibacille, le gonocoque (abcès utérin avec pyosalpynx) [Madelener], mais presque toujours ce fut le streptocoque. Le rôle des anaérobies, certes important, est mal précisé actuellement, et le pus de l'abcès pyo-gazeux de l'observation I n'a pu être examiné.

Les *abcès non puerpéraux* ont eu pour cause une infection métritique, gonococcique dans le cas de Menge; un traumatisme opératoire, surtout le fibrome sphacélé ont été incriminés; mais le fibrome sous-muqueux, sur 83 cas, n'est signalé que dans le seul cas de ce mémoire, et le fibrome interstitiel donne bien une bouillie occupant la capsule tumorale, présentant les signes histologiques de suppuration, mais ne constitue pas un véritable abcès. Enfin, l'abcès utérin peut dépendre d'une suppuration de voisinage.

L'abcès est le plus souvent unique et, de son étude anatomo-pathologique, B. conclut avec Démarez qu'il existe deux variétés d'abcès utérins collectés : la première, la plus fréquente, est à déterminisme abdominal, d'où la gravité de son évolution : c'est celle des abcès du fond de l'utérus à évolution sous-séreuse habituelle. La seconde est à déterminisme extra-abdominal et comprend les abcès sous-muqueux et les abcès du col qui s'ouvrent sponanément par les voies naturelles. Pour ce qui est de la fréquence des lésions salpingiennes associées, elle est considérée comme prouvée (Küss), certains abcès des cornes utérines n'étant que des salpingites interstitielles suppurées; elle est niée par d'autres (Wilmoth et Lejeune) et B. l'apprécie à 1/8 seulement des cas; les annexes étaient saines dans ses deux cas personnels.

Les symptômes sont discrets et souvent noyés au milieu des signes d'infection puerpérale; le diagnostic n'a été fait qu'à l'autopsie dans 17 cas, ou au cours d'une opération pour péritonite diffuse résultant de la rupture d'un abcès méconnu (11 cas). Les deux grands signes sont la douleur pelvienne et la tuméfaction locale perçue par le toucher. La complication majeure est pour les abcès sous-séreux la péritonite généralisée.

Les considérations sur le traitement et ses résultats dégagent la notion de gravité indiquée par une mortalité de 40 pour 100, l'évolution spontanée des abcès sous-péritonéaux menant à la mort dans tous les cas. L'intervention pour *abcès non rompus* donne 1 mort sur 16 cas traités par simple drainage abdominal et 5 morts sur 13 cas, plus graves, traités par hystérectomie subtotale, l'hystérectomie vaginale, contre-indiquée, ayant été suivie de mort 3 fois sur 5 cas. Pour les *abcès compliqués de péritonite*, le simple drainage a donné 2 morts sur 4 cas et l'hystérectomie 2 morts sur 3 cas. Pour B., l'opération doit être précoce, et il se prononce pour l'extension des indications de l'hystérectomie comme pour l'infection puerpérale et les accidents post-abortifs.

P. Grisel.

H. Welti et **R. Huguenin**. ***L'adénomatose essentielle du gros intestin*** (*Journal de Chirurgie*, t. 57, n° 4, 1941, p. 292). — Lorsque la polypose est généralisée et qu'aucune étiologie évidente ne peut lui être attribuée, on lui reconnaît, selon les signes cliniques, anatomiques et microscopiques, tantôt une origine inflammatoire, tantôt le caractère essentiel d'un processus d'ordre tumoral, véritable adénomatose.

Lorsque les lésions sont localisées, les polypes peu nombreux, c'est l'origine inflammatoire qui est volontiers invoquée.

W. et H. font la critique de ces conceptions et des dénominations qu'elles entraînent. Quelques polypes isolés peuvent dépendre d'une véritable adénomatose que révélera l'examen microscopique. D'autre part, la structure histologique elle-même, si elle permet bien de reconnaître les pseudo-polypes inflammatoires, montrera la présence de polypes adénomateux, aussi bien comme manifestation proliférative spontanée que comme production de voisinage de lésions inflammatoires et ulcéreuses. Pour eux, donc, aucun des caractères macroscopiques ou microscopiques des lésions n'a assez de valeur en soi pour que leur assemblage permette d'édifier un tout anatomo-clinique; de là l'obstacle rencontré par toutes les tentatives de classifications purement anatomiques des polyposes.

C'est seulement sur un contexte clinique complet, auquel se juxtaposent des caractères macroscopiques et histologiques des lésions, que se pourra baser le diagnostic de ces soi-disant polyposes, parmi lesquelles ils distinguent comme maladie particulière bien individualisée, l'adénomatose essentielle du gros intestin. Elle appartient à la forme congénitale que Erdmann et Morris, puis Hullsieck, ont déjà opposée à la forme acquise de la polypose. Lockhart-Mummery l'a déjà reconnue comme entité clinique sous le nom d' « adénomatose multiple du côlon », affection congénitale transmissible héréditairement, dont le facteur héréditaire se comporte comme un dominant mendélien. W. et H. rejettent le qualificatif de multiple et donnent celui d' « essentiel » à cette adénomatose dont les adénomes, sessiles ou pédiculées, constituent « en soi » la lésion.

Deux observations nouvelles, très complètes, donnent lieu à une série d'études successives que nous résumons :

1° *Des circonstances d'apparition.* — C'est une maladie du jeune âge, pubertaire, dont le degré de fréquence reste imprécisé; elle est familiale, comme le montre la première des observations, et si cette hérédité n'est pas démontrée dans certains cas (obs. II), elle est particulièrement lourde lorsqu'elle existe, et pour un des malades de Coffey les deux parents furent trouvés à l'autopsie porteurs de polypes multiples du côlon, et 3 de leurs 4 enfants moururent jeunes de cancers du côlon. Plusieurs autres exemples prouvent la valeur diagnostique positive de l'hérédité lorsqu'elle est indiquée par l'étude des antécédents d'un malade.

2° *Du point de vue clinique.* — Nous ne pouvons que dénommer les trois phases reconnues du syndrome clinique : la première est marquée par des phénomènes diarrhéiques; dans la deuxième, la diarrhée devient davantage profuse et s'accompagne d'hémorragies; la troisième est la phase évolutive qui aboutit à la transformation épithéliomateuse de la polypose dans un nombre de cas dont la proportion varie, suivant les auteurs, de 34,6 à 43 et même à 62,5 pour 100. Dans les deux observations du mémoire, les malades ont été vus à cette phase de transformation maligne. Ces cancers multiples, concomitants ou successifs, sont sans grande malignité, malgré l'envahissement ganglionnaire s'ils sont traités. L'évolution comporte encore la possibilité d'une rétrocession apparemment spontanée des symptômes et des lésions, mais aussi le retour évolutif possible de l'adénomatose.

3° *Du point de vue biologique.* — On ne peut que constater la prédisposition spéciale, héréditaire, de la muqueuse colique, sans admettre le développement de l'adénomatose aux dépens de restes embryonnaires anormaux admis par Ribbert. Quant au facteur interne d'ordre de croissance générale, ou externe par irritation chronique, il n'est que probable, et le problème reste le même que celui du développement des dysembryoplasies, des tumeurs bénignes.

La régression suggère la possibilité de cas frustes ou latents ne se manifestant qu'à un âge avancé ou bien restant inapparent, même si l'existence d'adénomatose familiale fait soupçonner leur existence.

La transformation cancéreuse multicentrique plaide en faveur d'une seconde prédisposition héréditaire, mais elle n'est que secondaire à un facteur imprécisé, et il n'y a pas à considérer, avec Grandclaude et Tiprez, la polypose comme un cancer d'emblée.

4° *Du point de vue anatomique.* — Il y a peu d'importance à attacher à l'abondance et à la topographie des lésions, c'est l'examen de 3 polypes du rectum de l'observation II qui permet le diagnostic alors qu'il existe dans le côlon une adénomatose massive et diffuse. Les examens histologiques doivent être multiples pour permettre la rencontre de caractères diagnostiques utiles sans être pathognomoniques : hyperplasie du tissu glandulaire, indifférenciation de l'épithélium glandulaire et de surface, gracilité du tissu conjonctif banal et surtout épaississement parfois nodulaire de la musculaire muqueuse et fusées de celle-ci au milieu des glandes. La prolifération glandulaire arborescente ne doit pas être prise pour une image de cancérisation qui est cependant à rechercher. Point important, la structure de la lésion adénomateuse, pour être probante, doit être anormale, en particulier en ce qui concerne la musculaire muqueuse, l'adénomatose hyperplastique sécrétante restant sans valeur.

5° *Du point de vue diagnostique.* — Le problème est celui du diagnostic des diarrhées profuses, puis des hémorragies récidivantes, et l'invagination et le prolapsus possibles posent celui de l'occlusion. Pour les lésions hautes, les radiographies entraînent le soupçon d'autres tumeurs. La biopsie reste le meilleur argument lorsqu'elle est possible, et elle doit être assez large pour permettre l'examen de la sous-muqueuse; elle doit indiquer à la fois s'il y a adénomatose essentielle et s'il y a transformation épithéliomateuse. L'infantilisme du malade doit faire penser à sa cause intestinale (Herter) et soupçonner l'adénomatose.

6° *Du point de vue thérapeutique.* — La notion nouvelle de rétrocessions spontanées plaide en faveur de la thérapeutique chirurgicale réservée que W. et H. résument en deux principes : au cours des crises hémorragiques, le traitement doit être médical; la chirurgie, indiquée seulement aux périodes de rémission, doit substituer aux colectomies totales des colectomies limitées aux segments coliques les plus lésés, car ces résections partielles favorisent les rétrocessions de l'adénomatose sur les segments coliques qui présentent des lésions moins importantes.

P. Grisel.

JOURNAL D'UROLOGIE
(Paris)

Maurice Lacour. ***Action de l'hyperfolliculinémie sur les voies urinaires*** (*Journal d'Urologie*, t. 49, n°s 5-6, Mai-Juin 1941, p. 201-215). — L. publie là un excellent article dont voici les conclusions :

1° Le syndrome d'hyperfolliculinémie, consécutif à une sécrétion en excès par l'hypophyse de la gonado-stimuline, agit sur les voies urinaires par le mécanisme suivant : *a*) il détermine en premier lieu un état d'hyperkinésie du bassinet et de l'uretère. Ce trouble de la motricité est suivi souvent, mais non constamment, par des troubles de la tonicité ; *b*) l'hyperfolliculinémie peut provoquer un spasme de la musculature vésicale ; *c*) la folliculine favorise la prolifération des colibacilles *in vitro* et sensibilise l'organisme à l'action de ce germe et de ses toxines ; *d*) l'hyperfolliculinémie produit souvent des congestions vésicales et rénales.

Toutefois ces actions purement hormonales ne doivent pas faire oublier la notion d'épine irrita-

tive dans le déterminisme des affections urinaires observées.

2° L'hyperfolliculinémie peut produire les affections suivantes des voies urinaires:

Certaines hydronéphroses depuis la rétention pyélique fonctionnelle jusqu'à des formes plus accusées, des pollakiuries prémenstruelles, des cystalgies, des cystites et des pyélites colibacillaires.

3° La guérison de ces affections peut être obtenue par le traitement hormonal antagoniste de l'hyperfolliculinémie.

4° Les accidents urinaires de la ménopause et la dilatation gravidique du bassinet et de l'uretère relèvent vraisemblablement d'une augmentation du taux des hormones gonadotropes.

G. Wolfromm.

Jules Janet. ***Les bactériuries : colibacillose et staphylococcie, syndromes entéro- et cutanéo-urinaires*** (*Journal d'Urologie*, t. 49, nos 7-8, Juillet-Août 1941, p. 289-297). — Dans cet intéressant article, riche de nuances et qui, de ce fait, laisse un peu flotter notre esprit, J. établit une différence nette entre les bactériuries récentes et les bactériuries anciennes.

Les bactériuries anciennes se rapprochent, par maints de leurs caractères, des infections urinaires purulentes. Par contre, bien des bactériuries récentes traduisent une simple bouffée d'infection, partie d'un foyer assez peu significatif, intestinal, s'il s'agit de colibacilles, cutané, s'il s'agit de staphylocoques.

C'est plus l'urine que l'appareil urinaire qui est infecté et il faudrait préférer le terme entéro-urinaire au terme entéro-rénal pour qualifier ce syndrome.

Il faut rechercher ces bactériuries; leurs syndromes sont discrets: au pire, quelques douleurs rénales ou vésicales, une légère hématurie au début, une goutte urétrale; rarement une complication telle que l'épididymite.

Ces bactériuries récentes sont faciles à guérir: J. a utilisé avec succès: 1° les lavages à l'oxycyanure, 2° l'urotropine seule ou associée à des acidifiants ou des diurétiques; 3° le rubiazol et peut-être les sulfamides blancs (dont il craint la toxicité); 4° les vaccins buccaux et surtout injectables (plutôt les autovaccins); 5° le sérum de porc; 6° l'acide camphorique et le bleu de méthylène (Mauté).

Il semble que les conditions actuelles de l'alimentation aient augmenté le nombre de ces bactériuries.

G. Wolfromm.

LE NOURRISSON
(Paris)

L. Ribadeau-Dumas, Chabrun, Mlle Rist et **Hussameddin.** ***Dissociation du syndrome neurotoxique du nourrisson*** (*Le Nourrisson*, t. 29, n° 6, Novembre 1941, p. 261-270). — Sous le nom de « syndrome neurotoxique », les auteurs comprennent l'ensemble clinique décrit chez le nourrisson sous les appellations variées de choléra infantile, toxicose, anhydrémie, hyperthermie avec pâleur. Dans ce syndrome, qui n'a qu'une analogie très grossière avec le choléra, les troubles nerveux jouent un rôle important.

On l'observe chez le jeune enfant, surtout chez les débiles et les prématurés, dans des circonstances diverses, mais il paraît lié à des lésions cérébrales, toujours les mêmes.

La déshydratation en est un des signes les plus constants, elle peut être isolée et une perte d'eau très abondante ne pas s'accompagner de l'ensemble des signes toxiques. Dans d'autres cas, prédominent les troubles thermiques, vaso-moteurs ou de la fonction rénale. Le syndrome peut être dissocié.

Souvent, les accidents disparaissent, après une intervention ou spontanément, avec une si grande rapidité que le syndrome semble avoir pour origine un raptus fluxionnaire.

Dans l'ignorance où nous sommes du mécanisme intime qui déclenche ce tableau clinique, le traitement n'est le plus souvent que symptomatique, mais les agents anti-infectieux et le cas échéant, une intervention chirurgicale, restent les éléments les plus actifs de la guérison.

Robert Clément.

P. Lereboullet et **P. Grobon.** ***Le bruit de pot fêlé cranien chez le nourrisson*** (*Le Nourrisson*, t. 29, n° 6, Novembre 1941. p. 271-274). — Le bruit de pot fêlé cranien se recherche facilement chez le nourrisson assis par l'auscultation combinée et la percussion.

Chez le nourrisson jusqu'à l'âge d'un an, il est normal, physiologique. Au delà d'un an, si on le constate chez certains enfants, il fait place dans la règle, à un bruit de percussion, fort et sec, qui ne comporte nullement le son de fêlure significatif. Chez le nouveau-né où les os du crâne sont encore relativement mous, le bruit est souvent plus net.

Inversement, chez l'enfant de plus d'un an, rachitique à gros crâne, avec suture encore partiellement disjointe, le bruit de pot fêlé se perçoit très nettement de même que chez les nourrissons atteints d'hydrocéphalie même modérée.

L'état de la fontanelle n'a pas d'importance. La sonorité parfois marquée de la fontanelle antérieure chez le nourrisson couché, diminue ou disparaît dès qu'il est assis.

Le bruit de pot fêlé semble s'observer dans tous les cas où l'hypertension intracranienne entraîne la disjonction des sutures. Physiologique chez le nourrisson, il peut être, chez l'enfant plus grand, un signe révélateur précoce de l'hypertension intracranienne.

Robert Clément.

REVUE NEUROLOGIQUE
(Paris)

Austregesilo et **Borges-Fartes.** ***Lésions du système nerveux central dans l'avitaminose B_1 expérimentale*** (*Revue Neurologique*, t. 73, nos 7-8, Juillet-Août 1941, p. 305-326). — A. et B-F. rappellent les passionnantes conquêtes de la médecine contemporaine intéressant les vitamines, l'endocrinologie et la pathologie du système nerveux végétatif. Dans un bref raccourci ils précisent le chemin parcouru dans l'étude clinique, expérimentale et anatomo-pathologique des avitaminoses, et de la carence en B_1 en particulier.

A. et B-F. ont repris ces travaux en soumettant à un régime carencé en vitamine B_1 des pigeons, des poules, des chiens. Du protocole de leurs expériences il résulte que l'avitaminose B_1 entraîne des troubles et des lésions de tout le système nerveux central et périphérique et du système neuro-végétatif.

Chez les poules, l'avitaminose B_1 se manifeste particulièrement dans le système nerveux périphérique, mais les troubles cérébelleux sont aussi évidents. On rencontre d'ailleurs des lésions dégénératives dans le cerveau.

Chez le chien les symptômes et les lésions cérébro-cérébelleuses prédominent, fait qui serait général chez les mammifères. A. et B.-F. ont trouvé des lésions très graves du cortex cérébelleux, et dans le cerveau, surtout dans le lobe frontal, des lésions fort intéressantes telles que: disparition des cellules nerveuses sur de larges zones, altérations cytoarchitectoniques des couches profondes, neuronophagie fort accentuée, prolifération de la névralgie et surtout de la microglie de Hortega, démyélinisation des fibres intracorticales du cerveau et du cervelet.

H. Schaeffer.

DEUTSCHE MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT
(Leipzig)

H. Rothe (Essen). ***Y a-t-il eu augmentation des ulcères gastriques et duodénaux pendant la guerre?*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, t. 67, n° 30, 25 Juillet 1941, p. 810-814). — R. commente les résultats de 7.488 examens radiologiques pratiqués chez des sujets se plaignant de l'estomac, à l'Institut radiologique des Hôpitaux Krupp d'Essen, de Novembre 1937 à Novembre 1940.

Le nombre des patients examinés présente un maximum très net pendant les 3 premiers mois de l'année. Il n'y a pas d'augmentation nette au printemps ni à l'automne. Il existe donc une certaine périodicité. Cette augmentation de fréquence hivernale se retrouve manifestement en ce qui concerne les ulcéreux. Hutter a déjà signalé la fréquence plus grande des douleurs dues aux ulcères en hiver. R. n'a pas constaté d'augmentation notable du nombre global des examens depuis le début de la guerre. On trouve bien un accroissement constant du nombre global des examens pendant les 2 dernières années, mais qui n'est pas plus grand durant l'année de guerre que dans la dernière année de paix.

Le nombre des constatations indiquant la présence d'un ulcus s'est également accru pendant les 2 dernières années, mais notablement plus que le chiffre des examens globaux correspondants, la proportion passant de 20 à 31 pour 100. La fréquence de la maladie ulcéreuse a donc augmenté dans ces 2 dernières années, ce que R. met sur le compte du surmenage croissant dû au travail qui règne en Allemagne depuis 2 ans, et non de la guerre elle-même. Des facteurs psychiques peuvent avoir joué un rôle accessoire. Toutefois, si l'on répartit les constatations indiquant un ulcère entre les catégories suivantes : ulcère gastrique, ulcère duodénal, cicatrices, on voit qu'avec un nombre d'ulcères duodénaux restant égal, il y a une augmentation importante des malades présentant un ulcus gastrique et des modifications cicatricielles du bulbe, depuis l'entrée en guerre du pays. R. ne croit pas que l'alimentation en soit responsable.

P.-L. Marie.

N. Piechl (Innsbruck). ***Avec quelle quantité de sang prélevé la moelle osseuse commence-t-elle à accroître l'hématopoïèse?*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, t. 67, n° 35, 29 Août 1941, p. 950-952). — On dispose de plusieurs méthodes pour apprécier le degré de la régénération hématopoïétique : numération des globules rouges nucléés de la moelle sternale, leur chiffre, normalement de 20 à 30 pour 100 hématies, pouvant atteindre 75 pour 100 au cours des destructions sanguines importantes (ictère hémolytique, hémorragies ulcéreuses chroniques); numération des réticulocytes de la moelle et du sang circulant, ceux-ci étant normalement de 6 à 10 pour 1.000 et les premiers environ le double, procédé peu sensible quand il s'agit de soustractions sanguines modiques; enfin, numération des cellules éosinophiles de la série myéloïde de la moelle sternale, témoin bien plus délicat et plus précoce de la suractivité de la moelle osseuse et du métabolisme de l'hémoglobine; normalement, le taux de ces cellules est de 3,5 pour 100 cellules myéloïdes jeunes.

A l'aide de ces méthodes, P. a cherché à savoir si, lors des pertes de sang, l'action régularisatrice des dépôts sanguins (rate, foie, etc...) est en mesure de les compenser, et quelle est la quantité de sang perdu pour laquelle commence à entrer en jeu l'activité régénératrice de la moelle osseuse. Dans ce but, il a pratiqué des saignées d'importance variable chez des sujets sains, numérant les divers

éléments déjà mentionnés avant et après la saignée.

Il a vu ainsi qu'avec la numération des globules rouges nucléés et celle des réticulocytes, on ne peut plus déceler de réaction de la moelle osseuse quand la perte de sang est de 200 cm^3 environ. Par contre, avec la numération des cellules éosinophiles jeunes de la moelle qui reflète la réaction du système myéloïde, il devient possible de démontrer qu'avec des soustractions sanguines encore plus faibles, une réaction de la moelle osseuse a lieu. Avec cette méthode, on constate que ce ne sont que les très faibles saignées qui sont compensées par l'intervention des dépôts sanguins et que l'activité accrue de la moelle osseuse se manifeste déjà avec des soustractions de sang de l'ordre de 100 cm^3 (augmentation des cellules éosinophiles de 3,5 pour 100).

P.-L. Marie.

KLINISCHE WOCHENSCHRIFT (Berlin)

Hans Roemer (Giessen). ***L'action hémostyptique de la pectine*** (*Klinische Wochenschrift*, t. 20, n° 27, 5 Juillet 1941, p. 686-690). — Au cours de recherches expérimentales, R. a établi que la pectine en injection intramusculaire raccourcit le temps de coagulation plus qu'aucun autre produit du commerce. Il semblerait même que la pectine raccourcisse fortement le temps de saignement et qu'elle peut être administrée par voie intraveineuse. Ces expériences ont été faites avec une solution colloïdale aqueuse de pectine de pomme (Sango-Stop), dont le pH = 3,5. Les esters de l'acide polygalacturonique (pectine) sont, dans cette préparation, accompagnés de petites quantités d'hexosane et de pentosane, ainsi que de NaCl (0,7 pour 100) et de $CaCl^2$ (0,05 pour 100). L'injection intraveineuse de cette préparation, chez le chien, fait tomber le temps de saignement de 4 à 1 minute, d'une façon parfaitement régulière et très caractéristique. Riesser et Nagel ont procédé à des expériences d'où il résulterait que cette préparation, quand elle est neutralisée, reste sans effet alors que divers acides organiques possèdent à eux seuls des propriétés hémostyptiques.

R. a repris ces expériences et constaté qu'en effet la neutralisation par NaOH de la préparation originale amoindrit sensiblement ses effets, mais que l'adjonction de HCl en diminue encore l'activité. En portant le pH de la préparation originale de 3,5 à 2,7, on n'arrive pas à accentuer les effets de la pectine.

Des acides organiques et notamment des acides organiques voisins de la pectine donnent des résultats positifs, mais beaucoup moins marqués que la pectine elle-même. On peut même se demander s'il ne s'agit pas là d'une action non spécifique.

Il y avait également lieu de se demander si la grosseur de la molécule de la pectine intervient dans ces phénomènes. Les recherches entreprises à ce point de vue avec la dextrine (poids moléculaire 6.200) et avec l'amidon (poids moléculaire 120.000) donnent des résultats non spécifiques très différents de ceux de la pectine. Néanmoins, la solution de pectine originale perd son activité par stérilisation à plusieurs reprises au moyen de la chaleur. D'autre part, après être arrivé à préparer des solutions de pectine dont le poids moléculaire pouvait être modifié à volonté et dans des proportions définies, R. a constaté que la propriété hémostyptique de la pectine de pomme est en rapport direct avec les dimensions de la molécule. Avec la pectine du citron, dont le poids moléculaire est le plus élevé de toutes les pectines examinées (150.000 contre 65.000 pour la pectine de pomme), il n'a pas obtenu des effets très importants. Avec la pectine de betterave, on obtient également des effets remarquables.

P.-E. Morhardt.

Max Lüdin et **Siegried Scheidegger** (Bâle). ***Concrétions pancréatiques. (Recherches rœntgénologiques et anatomo-pathologiques.)*** [*Klinische Wochenschrift*, t. 20, n° 27, 5 Juillet 1941, p. 690-694]. — La lithiase pancréatique est considérée comme rare. La fréquence varie, suivant les auteurs, de 0,01 (Chiari) à 1,64 (Giudiceandra). Le chiffre de ce dernier auteur est d'ailleurs considérablement plus élevé que la moyenne des autres, peut-être parce que ses recherches ont été faites avec plus de soin. Quoi qu'il en soit, L. et S. ont découvert en 4 ans, par la radiographie, 6 malades porteurs de calculs pancréatiques confirmés plus tard à l'autopsie. Ils ont alors poursuivi des recherches sur 1.000 autopsies consécutives pratiquées chez des sujets de plus de 20 ans. L'examen anatomique de l'organe était précédé d'une radiographie. Il a été ainsi constaté que, dans 81 cas, celle-ci donnait des résultats positifs, comme l'examen histologique en témoignait ensuite. Il s'agissait 55 fois de calculs des canaux pancréatiques, 10 fois de concrétions calcaires dans de vieilles nécroses du tissu gras, 16 fois d'une production osseuse dans les glandes ou dans les nécroses du tissu graisseux. Sur les 55 cas de calculs, il y avait concrétion unique 14 fois, 2 à 4 concrétions 13 fois, de très petites particules sableuses 18 fois. Parmi ces 55 cas, il y avait 31 hommes et 24 femmes.

Dans leurs autopsies, L. et S. ont constaté qu'en cas de concrétions pancréatiques il y avait cholécystopathie seule 15 fois, cholécystopathie et ulcère gastro-duodénal 6 fois, cholécystopathie et appendicite chronique 5 fois, ulcère gastro-duodénal seul 4 fois. Dans 15 cas, les calculs semblaient vraiment primitifs.

Pour les 26 autres cas où il n'y avait pas calculs à proprement parler, mais concrétions dans des nécroses de tissu graisseux avec formation d'os, on a constaté 16 fois la cholécystite.

L'examen microscopique a montré l'existence de lésions très diverses : altérations inflammatoires chroniques, transformation cicatricielle, petites nécroses, sclérose et hyalinisation accompagnées de production de mucus et de desquamation dans les canaux qui sont dilatés.

La fréquence des nécroses de tissu gras est frappante. Elle montre que pareils accidents peuvent survenir isolément sans déterminer des phénomènes graves comme il arrive parfois. Quant aux formations osseuses, elles sont difficiles à expliquer et, jusqu'ici, elles ne semblent pas avoir été signalées.

P.-E. Morhardt.

MUNCHENER MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT (Munich)

J. Bauer et **T. Fritze** (Munich). ***L'emploi en clinique de la réaction des protéinases de défense d'Abderhalden dans le diagnostic du cancer*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, t. 88, n° 26, 27 Juin 1941, p. 730-734). — Après avoir résumé dans ses grandes lignes la technique de la réaction d'Abderhalden pratiquée avec l'urine, B. et F. donnent les résultats qu'ils ont obtenus dans la grossesse. L'albumine placentaire fut attaquée dans presque tous les cas, les quelques exceptions observées concernant des grossesses très avancées. Chez aucune patiente on ne nota de réaction positive avec des substances autres que le placenta.

Quand il s'agit de cancer, diverses précautions sont à prendre : préparation d'un substratum irréprochable; en raison de la très grande spécificité des ferments de défense, emploi d'un substratum aussi proche histologiquement que possible de la tumeur en cause; par exemple, s'il s'agit d'un squirrhe de l'estomac, ne pas se servir d'un encéphaloïde; enfin, répétition des examens, à cause de l'irrégularité dans le temps de l'élimination des ferments de défense.

Se basant sur un ensemble de 256 réactions pratiquées chez 52 cancéreux, B. et F. concluent à la légitimité de l'emploi de la méthode d'Abderhalden en clinique. Néanmoins il serait bon, avant de formuler un jugement définitif, que de nouvelles recherches soient faites dans d'autres services. La spécificité de la réaction semble en tout cas bien établie. On n'obtint jamais de résultat positif avec des tissus autres que des tumeurs. Les résultats obtenus dans les diverses formes de cancer de l'utérus se montrèrent assez irréguliers; il se peut que le tissu tumoral des divers segments de l'utérus, bien que très voisin, ne soit pas exactement semblable. D'autre part, il n'y eut pas concordance absolue entre les résultats donnés par les tumeurs primitives et leurs métastases; de plus, la spécificité des métastases est moindre.

S'étant adressés à des patients dont le cancer était avéré, B. et F. ne peuvent dire si la réaction permet un diagnostic précoce. La réaction pourrait servir en outre à contrôler objectivement les résultats du traitement après opération radicale ou irradiation et pour dépister de bonne heure les récidives.

P.-L. Marie.

A. Sturm (Iéna). ***Formation de calculs rénaux et lésions du cerveau*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, t. 88, n° 27, 4 Juillet 1941, p. 754-759). — S. a été frappé de rencontrer plusieurs fois des crises néphrétiques survenant périodiquement chez des sujets présentant des lésions traumatiques du cerveau et chez des amputés de jambe. Il s'est demandé s'il s'agit de pure coïncidence ou s'il n'y a pas là un lien de causalité.

Il relate 5 observations de ce genre où l'on relève les points communs suivants : 1° absence de toute affection inflammatoire des voies urinaires excrétrices; 2° production de calculs sous forme de gravelle urique ou de calculs uriques ou oxaliques, à titre de manifestation passagère aboutissant vraisemblablement à la guérison spontanée par expulsion des pierres par les voies naturelles au bout d'un temps plus ou moins long; 3° dans tous ces cas, existence avérée d'un état d'encéphalopathie chronique, état reconnu médico-légalement chez le premier patient blessé au crâne, résultant très vraisemblablement chez le second d'une légère lésion cérébrale par commotion, tandis que chez les trois autres qui avaient subi une amputation de jambe et avaient présenté des suppurations osseuses graves on put invoquer, comme on l'a déjà fait chez ces mutilés, l'existence de troubles vaso-constricteurs sympathiques, l'arc réflexe passant par le tronc cérébral; à l'appui de cette conception viennent les crises vasculaires graves sous forme de migraines et d'hémorragies cérébrales avec participation des ganglions de la base observées chez le quatrième patient, tandis que chez le troisième et le cinquième dominaient les troubles dus à l'hypertension artérielle résultant probablement de l'excitation des centres hypothalamiques.

On n'a signalé qu'une fois des calculs rénaux chez des blessés du cerveau, mais la formation de calculs non inflammatoires a été notée déjà plusieurs fois après amputation de cuisse. Boshamer estime qu'ils reconnaissent la même pathogénie que ceux constatés dans les lésions de la moelle (tabes, syringomyélie, traumatismes rachidiens).

Pour S., cette lithiase rénale est d'origine neurogène et en rapport avec un état d'excitation du tronc cérébral, en particulier de sa zone sympathique, relevant en premier lieu d'une encéphalopathie hypothalamique. Il ne s'agirait pas d'excitation indirecte s'exerçant sur les reins par la voie d'un trouble du centre de la régulation de l'eau du cerveau intermédiaire, mais bien d'une influence directe exercée sur l'innervation sympathique du rein par le processus cérébral. L'innervation vasomotrice du rein serait exclusivement assurée par le sympathique et vaso-constrictrice. Si la participa-

tion du rein à un état d'excitation cérébrale est relativement rare, c'est que le mécanisme vaso-moteur spécial du rein jouit d'une autonomie physiologique destinée à maintenir constante la circulation rénale. Il faut une excitation additionnelle pour que ce mécanisme soit brisé : crises vasculaires centrales, trauma cérébral grave troublant la motricité du bassinet, infection focale provoquant des modifications allergiques des vaisseaux.

Quant à la formation des calculs, elle résulterait de la vaso-constriction qui réaliserait une imperméabilité du filtre rénal, et d'un trouble dans la sécrétion des colloïdes protecteurs.

La fréquence plus grande des calculs uratiques neurogènes tiendrait à l'intervention du sympathique dans l'excrétion de l'acide urique. L'uricémie s'éleva à 6 mg. 8 chez un des patients. Peut-être les infarctus uriques des nouveau-nés se rattachent-ils au traumatisme cérébral obstétrical.

Dans certains cas de phosphaturie, on peut aussi penser à une origine neuro-végétative centrale, comme le montre l'exemple relaté.

P.-L. Marie.

A. Baserga et **B. Rovetti** (Pavie). ***La vitamine K dans les hémorragies des hépatiques*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, t. 88, n° 29, 18 Juillet 1941, p. 798-802). — Bien connue est la tendance des hépatiques aux hémorragies; elle se montre particulièrement accentuée dans deux catégories de cas : ictère par rétention avec acholie fécale et états graves d'insuffisance fonctionnelle du foie.

Depuis qu'on sait mieux déterminer la teneur du sang en prothrombine grâce à la méthode de Quick (prélèvement avec un matériel paraffiné en présence d'oxalate de calcium, séparation du plasma oxalaté qui est mis en présence de chlorure de calcium et de thromboplastine, le temps qui s'écoule entre l'addition du plasma oxalaté et le début de la coagulation ou « temps de prothrombine » mesurant le taux de cette substance), on a vu que dans l'ictère par rétention simple sans insuffisance fonctionnelle du foie son taux est bas, sans qu'il y ait modification notable concomitante du fibrinogène (hypothrombinémie sans hypinose), tandis que dans l'insuffisance fonctionnelle du foie sans ictère de stase il existe une hypothrombinémie, moindre d'ailleurs que dans le cas précédent, avec diminution simultanée du fibrinogène (hypinose).

Dans les ictères par rétention sans lésions parenchymateuses, la tendance hémorragique tient à l'hypothrombinémie, elle-même liée à un défaut de vitamine K. Pour que celle-ci arrive en quantité suffisante aux tissus, il faut non seulement que le régime soit suffisamment riche en vitamine K, ce qui est la règle générale, mais d'abord que la digestion des graisses, parmi lesquelles figure nécessairement la vitamine exclusivement liposoluble K, d'origine alimentaire, se fasse normalement. Ce n'est pas le cas quand la bile arrive mal ou pas du tout dans l'intestin, comme dans l'ictère par rétention. Expérimentalement chez le rat, animal qui résiste cependant à un régime sans vitamine K, la ligature du cholédoque provoque infailliblement de l'hypothrombinémie. Pour combattre ce défaut d'assimilation, on a recours avec succès à l'ingestion simultanée de vitamine K et des sels biliaires qui favorisent la résorption de la vitamine. On observe aussi un léger raccourcissement du temps de prothrombine après ingestion de sels biliaires seuls, qui vraisemblablement n'exercent pas d'action directe, mais permettent la résorption d'une certaine quantité de vitamine présente dans les aliments. Depuis qu'on dispose de préparations injectables, on les emploie plus volontiers pour parer à l'insuffisance de résorption de l'ictère de stase.

Aux ictères par rétention on doit opposer les états où le foie n'est plus capable de synthétiser la prothrombine avec la vitamine K qui lui parvient normalement. Il en est ainsi dans les insuffisances hépatiques sans ictère de stase, par exemple dans la cirrhose de Laennec. Le mécanisme est donc ici tout différent et l'hypothrombinémie, accompagnée d'hypinose, tout en étant moins prononcée que dans les ictères de stase, est alors très peu influençable par les préparations de vitamine.

P.-L. Marie.

H. Richter (Erlangen). ***Tuberculose pulmonaire fortuitement découverte chez des malades atteints d'otite moyenne*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, t. 88, n° 30, 25 Juillet 1941, p. 831-835). — L'otologiste est assez souvent appelé, en présence d'une affection de l'oreille moyenne chez un tuberculeux pulmonaire, à donner son avis sur la nature tuberculeuse possible des accidents auriculaires. Mais il peut arriver aussi que ce soit ce spécialiste qui, éclairé par les lésions de l'oreille, dépiste une tuberculose pulmonaire sous-jacente jusqu'alors ignorée du malade et de son médecin. R. relate toute une série de cas de ce genre et il en tire les conclusions suivantes :

La guérison très retardée ou incomplète d'une plaie opératoire auriculaire doit motiver un examen approfondi des poumons, même quand l'état de l'oreille ne fait pas soupçonner l'existence d'une tuberculose de l'oreille moyenne.

La persistance d'une fébricule à la suite d'une opération faite pour une suppuration de l'oreille moyenne à évolution subaiguë ou chronique doit éveiller le soupçon d'une tuberculose pulmonaire possible, surtout quand l'intervention ne décèle pas de processus notables de transformation dans la structure osseuse de la mastoïde, malgré la longue durée de l'affection auriculaire.

La démonstration des bacilles tuberculeux dans le pus de l'oreille, ainsi qu'on sait, n'est souvent possible qu'au bout de longues semaines après inoculation à l'animal; elle ne contribue donc pas le plus souvent à éclaircir de bonne heure la situation.

Les constatations macroscopiques au cours de l'opération dans la tuberculose de l'oreille moyenne sont loin de montrer toujours de façon irréfutable des lésions tuberculeuses, telles que carie, caséification ou séquestre. Par suite, ce sont surtout la fétidité de la sécrétion dans le conduit auditif externe, l'évolution larvée et indolore de l'otite moyenne, la surdité survenue sans symptômes et l'état de la membrane du tympan dont il faut tenir compte.

L'examen histologique du tissu de granulation enlevé lors de l'opération ou celui des polypes excisés est, surtout chez les enfants, un des moyens les plus sûrs de mettre en évidence une tuberculose de l'oreille moyenne. Cette méthode est malheureusement trop négligée.

La présence de plusieurs perforations du tympan passe inaperçue le plus souvent dans la tuberculose de l'oreille moyenne, car les perforations aboutissent d'ordinaire rapidement à une grande perforation unique, mais on peut parfois observer ce processus.

Dans tous les cas où l'impression générale, le tableau clinique, le résultat opératoire, le comportement de la fièvre après l'intervention ou l'examen histologique du tissu de la plaie plaident en faveur d'une infection tuberculeuse, il est de toute nécessité d'examiner les poumons, non seulement cliniquement, mais radiologiquement.

P.-L. Marie.

W. Thiele (Rostock). ***Hyperthyroïdie et vitamine A*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, t. 88, n° 32, 8 Août 1941, p. 881-883). — On a proposé récemment l'emploi de la vitamine A dans le traitement des hyperthyroïdies. T. examine ici les faits cliniques et expérimentaux qui peuvent être invoqués à l'appui de cette thérapeutique.

Les recherches faites sur la teneur du sérum en carotine et en vitamine A chez les hyperthyroïdiens montrent qu'il existe un déficit. De même, le foie des animaux soumis à la thyroxine est pauvre en vitamine A. Ce déficit est attribuable essentiellement à l'augmentation des oxydations, qui va de pair avec l'hyperthyroïdie. D'autres facteurs peuvent intervenir encore, par exemple des troubles de résorption de la vitamine A, quand il existe des troubles intestinaux importants, ou bien des troubles de l'emmagasinement, mais leur rôle n'est qu'accessoire. Expérimentalement, on ne peut mettre en évidence d'antagonisme entre la thyroxine et la vitamine A, et les troubles du métabolisme de cette vitamine dans l'hyperthyroïdie ne peuvent pas être à tout le moins expliqués simplement par un comportement antagoniste entre thyroxine et vitamine A. Par conséquent, il ne faut pas s'attendre à une action causale de la médication par la vitamine A dans l'hyperthyroïdie exercée sur les manifestations dues au déficit de vitamine A dans l'hyperthyroïdie, mais à un effet purement symptomatique. De fait, les constatations cliniques parlent dans le même sens : les résultats obtenus avec l'administration de vitamine A sont très peu frappants et ne semblent guère différer de ceux que donne chez les hyperthyroïdiens une alimentation très riche en graisses. Pratiquement, on peut donc renoncer à la médication par la vitamine A chez ces malades; elle n'est justifiée que s'il existe des symptômes manifestes d'une carence en vitamine A.

P.-L. Marie.

H. Graeber (Munich). ***Traitement de l'asthme par la ponction lombaire et l'insuline*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, t. 88, n° 35, 29 Août 1941, p. 955-961). — G. a traité 13 asthmatiques au cours de leurs accès par la ponction lombaire : 54 pour 100 en furent débarrassés pendant plus ou moins longtemps; 23 pour 100 furent simplement améliorés et 23 pour 100 ne furent pas modifiés.

La ponction lombaire ne peut être envisagée que lors de la crise. Elle s'adresse surtout aux cas qui se sont montrés rebelles aux autres thérapeutiques symptomatiques. Dans ces cas, elle peut procurer un succès passager; il ne faut pas compter sur un résultat durable. Les ponctions répétées sont à déconseiller, car les chances de succès sont minimes, même quand la première ponction a donné un heureux résultat. Le mode d'action de la ponction reste obscur; on ne peut pas invoquer une influence exclusivement psychique; il est probable qu'il s'agit d'une modification se produisant au niveau des centres végétatifs.

Le traitement de l'asthme par l'insuline doit être considéré de deux points de vue différents :

1° Le traitement prolongé par des doses prudentes, progressivement élevées, n'influence pas notablement l'asthme lui-même, mais il modifie favorablement l'état général et, par suite, la maladie primitive. Ce traitement peut donc être employé à titre de thérapeutique adjuvante à tous les stades de l'asthme. On se basera sur l'état général pour choisir les patients à traiter.

2° Le traitement par le choc insulinique obtenu avec des doses élevées injectées par voie veineuse ou musculaire lors de l'accès, ne donna que des résultats bien peu significatifs, tout en faisant courir au malade quelques dangers; aussi doit-il n'être utilisé que dans des cas extrêmement rares qui ont résisté à toutes les autres sortes de traitement.

En terminant G. signale l'influence extrêmement heureuse exercée sur 3 asthmatiques graves et rebelles par des infections intercurrentes très fébriles, érysipèle, angine lacunaire et pneumonie.

P.-L. Marie.

R. Wernsdorfer (Erlangen). ***L'éosine dans le traitement local du psoriasis*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, t. 88, n° 35, 29 Août 1941,

p. 965-967). — Ainsi que l'avaient déjà vu Gougerot et Degos, l'éosine est un agent précieux dans le traitement local du psoriasis. W. emploie avec avantage un mélange d'éosine et de chrysarobine (éosine, 3 *g.*; acide salicylique, 4 *g.*; chrysarobine, 20 *g.*; alcool, q. s. pour 100) appliqué en badigeonnages pratiqués 3 jours de suite et suivis chaque fois d'une séance d'irradiation générale ultra-violette. Le jour suivant, comme le jour précédant le traitement par l'éosine, on applique une pommade salicylée à 10 p. 100. Les résultats furent excellents et très rapidement obtenus. D'ordinaire une seconde série de trois applications identiques est nécessaire pour avoir un résultat complet. Certains cas particulièrement rebelles demandèrent une troisième série de trois applications.

W. n'a pas noté d'échecs ni d'effets secondaires fâcheux. Les récidives parurent se produire plus tardivement qu'avec les autres méthodes. Ce procédé est très économique.

Ces heureux résultats doivent être attribués à l'action photodynamique de l'éosine.

P.-L. Marie.

WIENER KLINISCHE WOCHENSCHRIFT (Vienne)

F. Posatti (Vienne). ***Influence et activité de l'hormone cortico-surrénale au cours des premiers mois de la grossesse et dans les vomissements gravidiques*** (*Wiener klinische Wochenschrift*, t. 54, nos 43 et 44, 24 et 31 Octobre 1941, p. 880-883 et 901-905). — Nombreuses sont les relations qui permettent de rapprocher la constitution chimique, la physiologie et la pathologie de l'hormone cortico-surrénale et celles des hormones sexuelles féminines, particulièrement de celle du corps jaune. Aussi n'est-il pas surprenant de constater de multiples analogies entre les troubles qui accompagnent souvent les premiers mois de la grossesse, et l'insuffisance cortico-surrénale : troubles du métabolisme des glucides, se manifestant par la glycosurie alimentaire, par la glycosurie phlorizique, par l'hypoglycémie, par l'intensité et par la durée de l'hyperglycémie alimentaire, par l'élévation du taux de l'acide lactique du sang; trouble de l'équilibre sodium-potassium du sang, le taux de la natrémie baissant aux dépens du taux du potassium au début de la grossesse, tendance à l'hypercétonémie et à l'hypercétonurie créatinurie, enfin hyperlipémie, qui n'apparaît généralement qu'au cours du 3e mois. A ces analogies biologiques peuvent être jointes les comparaisons qu'il est facile de faire entre certains symptômes de la maladie d'Addison et ceux de la toxémie gravidique au cours des premiers mois.

Enfin, des faits expérimentaux viennent confirmer le rôle joué par l'insuffisance surrénale dans les premiers mois de la grossesse : la surrénalectomie est mortelle chez les femelles pleines pendant la première moitié de la grossesse, comme elle l'est habituellement : elle ne l'est plus pendant la seconde moitié, la surrénale du fœtus, en général relativement développée, subissant dans ce cas une hypertrophie vicariante supplémentaire; elle redevient mortelle, enfin, 36 heures après la mise-bas (Billurdun et Engel).

Ces considérations justifient les essais qui ont été faits pour traiter les accidents des premiers mois de la grossesse, et en particulier les vomissements, par l'hormone cortico-surrénale, qui apparaît supérieure en efficacité au traitement classique par le repos, la diète, le goutte à goutte glucosé rectal et l'insuline, et même aux injections de sérum salé, qui constituent d'ailleurs un traitement d'insuffisance surrénale.

P. rappelle les tentatives thérapeutiques, généralement heureuses, entreprises d'abord par Kemp, puis par Freemann, Melik et Clusky (78 cas), par Wagner (14 cas) avec des doses élevées intraveineuses d'extrait opothérapique, enfin par Lange et Sundermann, avec l'acétate de désoxycorticostérone de synthèse.

Ses propres observations concernent deux groupes de femmes atteintes de vomissements gravidiques : 20 d'entre elles furent traitées par un extrait cortico-surrénal (« cortine »), 20 autres par l'hormone préparée synthétiquement (« Cortiron » de Schering).

Dans le premier groupe, 11 observations concernent des cas d'intensité moyenne (pas plus de 5 vomissements par jour). Le traitement comportait le repos absolu au lit, une alimentation par prises fréquentes, mais très peu abondantes (un peu de lait ou un biscuit) et l'injection d'une ampoule par jour de cortine. L'amélioration se manifestait dès la première ou la deuxième injection, et la guérison était généralement complète après la troisième, la quatrième ou la cinquième, quelques pituites matutinales persistant seulement quelques jours. Dans 2 cas, il y eut une légère récidive qui fut rapidement jugulée.

Les 3 autres observations de ce groupe représentent des cas graves : de 6 à 10 vomissements par jour; amaigrissement de 4 à 10 *kg*; état général très atteint, pouls petit et rapide, peau sèche et squameuse, anorexie, asthénie extrême, subictère fréquent, acétonémie et odeur acétonique de l'haleine. Le traitement comportait, outre le repos complet au lit, la diète absolue, avec goutte à goutte rectal de solution de Ringer ou de sérum glucosé; mais ces mesures étaient toujours insuffisantes à elles seules. P. y joint maintenant les injections de 2 et quelquefois 3 ampoules par jour de cortine. L'amélioration se manifestait dès la 3e ou 4e injection; il fallait compter de 6 à 9 injections pour la guérison; dans 2 cas seulement, il y eut amélioration marquée, mais non guérison complète.

Les 20 cas traités par le Cortiron (synthétique) comprennent 13 cas d'intensité moyenne et 7 cas graves. Pour les 13 premiers, l'ampoule quotidienne de cortine était remplacée par une ampoule de 5 *mg.* de Cortiron; la guérison était obtenue après 4 à 6 jours. Trois récidives ont été arrêtées par 3 nouvelles injections consécutives. La dose de 2 *mg.* utilisée par Lange et Sundermann s'est montrée insuffisante.

Les cas graves ont été traités par des injections quotidiennes de 10 *mg.* de Cortiron; dans 2 cas de vomissements incessants, la dose a atteint deux ampoules de 10 *mg.* par jour. En cinq à sept jours la guérison a été obtenue. Dans les 2 cas les plus graves, une récidive a rendu nécessaire une reprise des injections trois jours de suite.

Dans l'ensemble des 40 cas envisagés, la guérison ou une quasi guérison a toujours été obtenue, et jamais l'interruption de la grossesse n'a dû être envisagée.

Le produit naturel et le produit synthétique paraissent jouir de la même efficacité, mais le second a naturellement l'avantage d'être de fabrication et de dosage plus faciles et, naturellement, de prix moins élevé.

P. a également utilisé la vitamine B_1 à doses fortes avec de bons résultats (12 cas), et l'extrait hépatique injectable, qui paraît insuffisant comme traitement isolé, mais qui peut appuyer l'action de la vitamine B_1 et surtout de l'hormone cortico-surrénale.

J. Mouzon.

ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE DE BELGIQUE, MÉMOIRES (Bruxelles)

M. Danis. ***Les lésions oculaires dans les polyglobulies*** (*Académie royale de Médecine de Belgique, Mémoires*, 2e série, t. 1, fasc. 6, 1941, p. 3-31.

M. D. présente un travail original important basé sur 6 observations personnelles et une documentation bibliographique considérable. Il décrit avec soin les symptômes ophtalmoscopiques des différentes cyanoses et des différentes formes de polyglobulies. La maladie bleue par lésions congénitales du cœur, l'érythrémie ou maladie de Vaquez, le choléra et certaines intoxications, notamment celles par le nitrobenzol, l'aniline et l'oxyde de carbone, présentent des symptômes oculaires communs : teinte rouge foncé, violette ou bleue des paupières; conjonctive bulbaire fortement vascularisée; sclérotique parfois de coloration bleuâtre.

Le fond de l'œil est particulièrement caractéristique : la teinte est plus sombre qu'à l'état normal, il en est de même de la papille qui fonce sur toute son étendue, à l'exception de l'excavation physiologique. Les bords de la papille sont parfois flous. La papille peut prendre l'aspect d'une papille de stase. Les veines rétiniennes sont sinueuses et élargies. Elles ont un aspect noir. Les artères rétiniennes sont également plus sombres. Les artérioles terminales sont élargies et tortueuses, notamment dans la région maculaire. Les fonctions visuelles ne sont pas altérées.

M. D. discute ensuite la signification des troubles observés.

H. Lenormant.

BULLETIN DE L'ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE DE BELGIQUE (Bruxelles)

J. Wernieuwe et **H. J. Scherer.** ***Contribution anatomo-clinique à l'étude de l'anatomie*** (*Bulletin de l'Académie royale de Médecine de Belgique*, 6e série, t. 6, 1941, p. 292-308). — Deux cas d'anosmie, l'une acquise, l'autre familiale et congénitale, ont pu être soumis à une étude anatomique détaillée après examen olfactométrique méticuleux. Dans le cas d'anosmie acquise, le rhinencéphale ne présente pas de lésions; le neurone périphérique n'a malheureusement pas pu être examiné. Chez l'anosmique congénital, par contre, des malformations soit microscopiques, soit déjà macroscopiquement décelables, existent au niveau des bulbes olfactifs, du septum lucidum dans ses rapports avec le corps calleux, et de la commissure antérieure, donc dans trois centres dont le caractère rhinencéphalique est incontesté. Vu la rareté d'anosmiques pouvant être soumis à un examen nécropsique, le cas est communiqué à titre documentaire, l'état actuel des connaissances ne permettant pas encore une interprétation physiologique fructueuse.

H. Lenormant.

ANNALI D'IGIENE (Rome)

P. Ambrosioni (Rome). ***Comment l'alcool peut-il exercer son action bactéricide ?*** (*Annali d'Igiene*, t. 50, n° 12, Décembre 1940, p. 663-679). — D'une façon générale, les surfaces lisses et imperméables, comme celles des objets de métal ou de verre, sont stérilisées rapidement, tandis que les objets poreux ne le sont que beaucoup plus difficilement. Pour des objets secs, la concentration optima de l'alcool est 70 pour 100; l'immersion dans cet alcool désinfecte vite les objets lisses; au bout de plusieurs heures, les objets poreux, comme la soie et le papier, peuvent ne pas l'être encore complètement. Pour des objets humides, la désinfection par l'alcool est toujours efficace, qu'ils soient poreux ou lisses; avec des objets humides, l'alcool pur à 95° et l'alcool dénaturé à 90° peuvent avoir une action plus nette que l'alcool à 70°, car ils subissent une dilution qui ramène leur titre vers l'optimum de 70°, tandis que l'alcool à 70° a le sien trop abaissé; à titre égal, l'alcool a le même effet, qu'il soit dénaturé ou non.

En prenant pour critérium le staphylocoque doré, le plus résistant des germes étudiés (les autres étant un colibacille et un pyocyanique), on peut adopter les règles pratiques suivantes :

1° Objets à surface lisse et imperméable (instruments métalliques, objets de verre) à l'état sec : immersion de 10 minutes dans l'alcool à 70° (le double de la durée reconnue expérimentalement nécessaire), de quelques heures dans l'alcool à 90°-95°.

2° Pour les mêmes objets à l'état humide, on peut employer l'alcool à 70° ou l'alcool à 90°.

3° Pour les objets poreux, à surface irrégulière (soie, étoffes, etc...) on ne peut accorder aucune confiance à la désinfection par l'alcool même après plusieurs heures de contact, si ces objets étaient à l'état sec.

4° Pour les mêmes objets complètement imbibés d'eau, on peut conseiller la désinfection par l'alcool à 90°-95° : immersion de 20 minutes au moins (le double de la durée reconnue expérimentalement nécessaire) ; l'emploi de l'alcool à 70° nécessite une immersion plus longue.

Dans ce travail, A. a laissé de côté la question de la désinfection des mains par l'alcool.

LUCIEN ROUQUÈS.

A. Visani (Rome). ***Stérilisation des porteurs de bacilles diphtériques au moyen d'applications locales d'anatoxine diphtérique*** (*Annali d'Igiene*, t. **51**, n° 5, Mai 1941, p. 309-319). — V. a utilisé une technique dérivée de celle de Caronia : instillations nasales et badigeonnages pharyngés matin et soir avec une anatoxine spéciale, injections hypodermiques tous les 5 à 6 jours d'anatoxine ordinaire aux doses de 0,5, 1, 1,5, 2 et 2 cm^3; l'anatoxine employée pour les instillations est une anatoxine dite bactérienne parce que résultant de la transformation anatoxique d'une toxine qu'on n'a pas séparée des corps bacillaires ; V. pense que cette anatoxine peut provoquer localement, à côté de l'immunité antitoxique, l'immunité antibactérienne. 829 diphtériques à la phase aiguë ont subi dès leur entrée à l'hôpital, en même temps que la sérothérapie habituelle, le traitement prophylactique décrit ci-dessus; les bacilles ont disparu chez 640 (77 pour 100) en moins de 10 jours, chez 160 (19 pour 100) en 11 à 20 jours, chez 20 en 21 à 30 jours, chez 7 en 31 à 50 jours et chez 2, ayant de très grosses amygdales, au 52e et au 74e jour. La même méthode a été employée avec des résultats aussi favorables chez des diphtériques traités pendant la convalescence et chez des porteurs sains ; dans cette dernière catégorie, ceux qui avaient des bacilles à la fois dans les fosses nasales et dans le pharynx ont été stérilisés un peu moins vite que ceux qui n'en avaient que dans les fosses nasales ou le parynx; dans l'ensemble, 100 porteurs sains ont été traités; chez 87, les bacilles ont disparu en 8 à 10 jours et chez 13 en 11 à 18 jours.

LUCIEN ROUQUÈS.

ACTA PSYCHIATRICA ET NEUROLOGICA
(Copenhague)

Paul Hartmann. ***Recherches sur la sécrétion gastrique dans la psychose maniaque dépressive*** (*Acta Psychiatrica et Neurologica*), vol. **16**, fasc. 1, 1941, p. 69-79). — De longue date, on a établi un rapport entre les troubles gastriques et les troubles mentaux; mais lequel des deux retentit sur l'autre ? Il est probable que l'incidence est variable selon les cas.

H. a recherché, au moyen de sa méthode à l'alcool dilué, l'acidité du suc gastrique chez 30 sujets atteints de psychose maniaque dépressive, dont 17 cas de mélancolie et 13 de manie. Le fait frappant est la fréquence de l'anachlorhydrie chez ces malades, qui dépasse de beaucoup la moyenne des sujets normaux. H. l'a observé dans 12 cas sur 30, soit 40 pour 100 des cas, aussi bien chez les maniaques (5 cas sur 13, soit 38 pour 100) que chez les mélancoliques (7 cas sur 17, soit 41 pour 100). Les graphiques montrent d'ailleurs que tous les degrés d'acidité peuvent se rencontrer, mais ils sont bas dans l'ensemble. Après guérison, dans les cas où l'examen a été pratiqué, on voit, chez les maniaques comme chez les mélancoliques, l'acidité du suc gastrique reparaître. Il semble que l'agitation et l'anxiété soient les facteurs prédominants de l'anachlorhydrie. Elle peut se comparer à celle qui s'observe chez les diabétiques.

H. SCHAEFFER.

Gudrun Brun. ***Modifications du contenu en lipides du sérum dans la psychose maniaque dépressive*** (*Acta Psychiatrica et Neurologica*, Suppl. 22, 1940, 1 fasc. de 267 p.). — Dans cette importante monographie, revue d'ensemble et travail personnel à la fois, G. B. étudie d'abord les diverses techniques de dosage du cholestérol. Chez les sujets normaux, il est environ de 100 *mg.* et l'on ne saurait parler d'augmentation que quand ce taux dépasse 400 *mg.* Il existe en plus des variations quotidiennes importantes, et divers états physiologiques peuvent le modifier.

G. B. passe ensuite en revue les modifications du cholestérol au cours des infections, des affections du foie, des reins, des glandes endocrines.

Il étudie ensuite l'action de l'ingestion de graisses et de cholestérol sur le cholestérol sérique. L'ingestion de graisses, d'un avis unanime, augmente le taux des lipides et des phosphatides. L'ingestion de cholestérol semble avoir au contraire une action discutable.

G. B. s'attache surtout au dosage du cholestérol dans les maladies mentales. Dans la schizophrénie, il semble augmenté, mais peu. Dans la psychose maniaque dépressive, cette augmentation semble plus marquée. Les recherches de Georgi sur ce sujet avaient déjà montré à cet auteur que l'ingestion de cholestérol augmente de façon importante le cholestérol sanguin dans les états dépressifs psychogènes, comme chez les sujets normaux, alors que dans les états dépressifs endogènes il n'est que peu modifié.

G. B. apporte ensuite ses résultats personnels qui ont porté sur 20 sujets normaux, 40 psychoses maniaques dépressives et 23 sujets atteints d'autres affections mentales, dont 10 schizophrénies.

G. B. a donné à ces sujets 4 *g.* de cholestérol avec 80 *g.* d'huile d'olive, ou 80 *g.* d'huile seule. Il a fait des prélèvements de sang 2 heures, 4 heures, 8 heures et 24 heures après l'ingestion, où l'on a dosé le cholestérol, les lipides totaux, les phosphatides, le nitrogène total.

Le résultat de ces examens montre que :

Le taux du cholestérol à jeun est sensiblement le même chez tous les sujets, y compris ceux atteints de psychose maniaque dépressive.

Le quotient cholestérol libre/cholestérol total est le même chez les sujets normaux et les sujets atteints de troubles mentaux, hormis ceux qui sont atteints de psychose maniaque dépressive, chez lesquels la proportion entre les deux cholestérols est plus variable et dont les chiffres sont dans l'ensemble plus élevés.

Chez les sujets normaux, l'ingestion d'huile simple ou cholestérolée montre une ascension du cholestérol total entre 8 et 11 pour 100 et qui atteint son maximum 2 à 4 heures après l'ingestion. L'ascension du cholestérol libre est moindre et porte surtout sur le cholestérol éthérifié. L'ascension du cholestérol est la même, que le sujet ait pris de l'huile pure ou cholestérolée.

Chez les mentaux, non maniaques dépressifs, la courbe est sensiblement la même que chez les sujets normaux.

Chez les maniaques dépressifs, on observe une chute du cholestérol éthérifié de 13 pour 100, souvent suivie d'une ascension de 10 pour 100. La chute atteint son maximum 2 à 4 heures après l'ingestion. Le cholestérol libre n'est usuellement pas modifié. Les résultats sont les mêmes avec emploi de l'huile simple ou cholestérolée. Les examens simultanés de cholestérol et de nitrogène total n'ont pas montré de parallélisme entre la concentration de ces deux corps.

La détermination des graisses neutres, des lipides totaux du cholestérol et des phosphatides, et des phosphatides isolés, montre une courbe semblable après toutes les ingestions expérimentales.

G. B. passe ensuite en revue les diverses théories sur l'absorption des graisses dans l'intestin et la phosphorylation qui a lieu au niveau de l'épithélium intestinal. On peut les résumer ainsi :

1° Le cholestérol joue un rôle dans le transport des acides gras au niveau de l'épithélium intestinal, dont les cellules absorbent le cholestérol sanguin. Si le cholestérol est utilisé pour l'absorption des graisses, il se produit une chute dans le cholestérol sanguin. Cette chute n'existe pas chez les sujets normaux, mais se produit chez les maniaques dépressifs où le système régulateur est défaillant.

2° Le cholestérol est indispensable pour la neutralisation de l'action toxique des acides biliaires. Une partie des acides gras est absorbée par les acides biliaires, qui sont libérés dans l'épithélium intestinal. Si l'on suppose une combinaison des acides biliaires avec le cholestérol libre, ce dernier apparaît quand le cholestérol éthérifié diffuse du sang dans les cellules où il est élevé en cholestérol libre.

Ces recherches expérimentales peuvent constituer un appréciable appoint pour affirmer l'existence d'une psychose maniaque dépressive.

H. SCHAEFFER.

CASOPIS LEKARU CESKYCH
(Prague)

Badal. ***Claudication intermittente des membres supérieurs chez les jeunes*** (*Casopis Lekaru Ceskych*, vol. 79, n° 45, 8 Novembre 1940, p. 973). — La claudication intermittente est l'apanage des maladies vasculaires des membres inférieurs. Les cas d'atteinte des membres supérieurs sont très rares, surtout avant la quarantaine, et elle paraît tout à fait exceptionnelle chez les femmes. C'est la raison pour laquelle B. a jugé intéressant de décrire 2 cas observés par lui à la station balnéaire de Podebrady (Royat tchèque).

Le premier cas concerne un homme de 37 ans, venu se faire soigner pour des troubles du myocarde. La prise de la tension artérielle a montré 18-8 au bras droit et 10-8 au bras gauche; index oscillométrique: 6 à droite, 2 seulement à gauche. Cet officier se plaignait depuis 1 an de crampes du membre supérieur gauche pendant l'équitation, crampes si violentes qu'il était obligé de passer les rênes dans la main droite. La force musculaire était conservée et, en dehors des efforts prolongés, aucune douleur ne se faisait sentir. Après le traitement par les bains carbo-gazeux, la tension artérielle était à 15-8 à droite et 12-8 à gauche.

Dans le deuxième cas, il s'agissait d'une femme de 29 ans qui avait des douleurs dans le membre supérieur droit, à caractère de crampes, qui l'obligeaient à arrêter son travail, sinon le membre fléchissait angle droit et le poing se fermait. L'eau froide provoquait le phénomène des « doigts morts ». Dans les antécédents — 1 an auparavant — traumatisme du coude avec fissure de l'olécrane. Sa mère présentait des signes de maladie de Raynaud. Le cœur était normal, ainsi que les réactions sérologiques, sauf la glycémie qui était à 1 *g.* 23. La formule leucocytaire était normale, il n'y avait pas de leucocytose. La tension artérielle, imprenable au bras droit, était de 18-8 au bras gauche.

Le diagnostic ne faisait pas de difficulté; par

contre, l'étiologie était très difficile à établir. Après avoir éliminé l'embolie artérielle, les troubles du système nerveux central ou périphérique (traumatisme du coude chez la femme), le diabète et la syphilis, B. pense à la possibilité de sclérose artérielle chez le premier malade déjà atteint de sclérose du myocarde et de l'aorte et constate qu'aucune étiologie ne peut être invoquée avec certitude chez la deuxième malade.

SOBIESKI.

Brunclik, Siska, Schmid et **Salek.** ***Recherche des hernies, des varices et défauts des pieds chez les athlètes du X° Congrès des Sokols, et leur influence sur les performances*** (*Casopis Lekaru Ceskych*, vol. **29**, n° 46, 15 Novembre 1940, p. 1001). — Les assistants de la 2° Clinique chirurgicale de Prague se sont occupés, sur l'invitation de « Sokol » d'examiner des athlètes de toutes catégories arrivés au Congrès. La majorité de ceux-ci étaient âgés de 20 à 30 ans, mais, dans le groupe des « vieux », il y avait deux hommes de 57 ans. Au total, 529 hommes ont été examinés, dont 144 ont été trouvés tout à fait normaux.

La perméabilité des canaux inguinaux s'est trouvée chez 94 athlètes (17,7 pour 100 de tous ceux examinés), dont bilatérale chez 43, droite chez 26, gauche chez 25; sauf 6 qui accusaient certains malaises après de gros efforts, tous accomplissaient leurs performances sans aucune difficulté. Chez 19 athlètes on a trouvé des hernies inguinales variant de la grosseur d'une cerise à celle d'un œuf d'oie ; 7 ont subi la kélotomie ; chez 1 on a trouvé une petite hernie épigastrique qui ne le gênait nullement. La majorité de ces hernies existaient depuis des années (3, 17, 20 ans) et leurs porteurs pouvaient faire des exercices et performances sans porter de bandage.

Le varicocèle a été trouvé chez 3 athlètes. Une fois, il était bilatéral. Un suspensoir suffisait pour éviter toute gène lors des efforts physiques.

Les varices des membres inférieurs étaient très fréquentes (28,1 pour 100 de tous les examinés). Dans la majorité des cas, elles étaient assez discrètes, mais chez certains la jambe était déformée et augmentée de volume. La plupart avaient ces varices depuis des années et pratiquaient le sport sans aucune difficulté.

Quant aux vices orthopédiques, le pied plat a été trouvé chez 34,3 pour 100 de tous les sujets examinés. Ils ont été divisés en cas légers, moyens et prononcés, suivant que la largeur de la trace était de 4, 5, 6 *cm*. (3 *cm*. de largeur de la trace au contact avec le sol entre la voûte et le bord externe sont considérés comme la normale). Les athlètes à pieds plats ont été comparés avec d'autres dans l'épreuve de 100 *m*. et le saut en longueur; la différence des résultats n'a été nette que pour les pieds plats prononcés; les moyens dépassaient même les sujets à pied normal dans le saut (500 *cm*. au lieu de 493 cm.).

L'association du pied plat et des varices a été observée 90 fois. Chez 13,5 pour 100 on a observé un *hallus valgus* qui n'était nullement gênant.

SOBIESKI.

Syllaba. ***Acidose diabétique*** (*Casopis Lekaru Ceskych*, vol. **79**, n° 51, 20 Novembre 1940, p. 1163). — Cette cinquième publication du même auteur est consacrée au même sujet et fait suite à ses publications de 1936, 1937, 1938, 1939. Auparavant, S. examinait les malades toujours à jeun; actuellement, il suit la courbe cétosique dans le sang pendant un laps de temps déterminé comme on suit la courbe de la glycémie. La céto-régulation dépend de trois facteurs : 1° formation des corps cétoniques dans le corps (cétogénèse); 2° destruction de ces corps dans l'organisme (cétolyse); 3° leur élimination par les reins et les poumons (non-élimination). Mais ces trois processus dépendent de nombreux facteurs hormonaux et, peut-être, nerveux.

Les corps cétoniques sont formés dans le foie; leur formation dans les muscles et les reins est très secondaire. Il y a de l'hypercétose dans les insuffisances hépatiques graves. Ce sont les graisses qui donnent surtout naissance aux corps cétoniques; quant aux albumines, certaines, provenant d'amino-acides, sont cétogènes (tyrosine, leucine, phényl-alarine, etc.); les autres cétolytiques (glycocol, alamine, acide glutaminique); certaines n'ont aucune influence sur la cétogénèse. Après avoir rappelé brièvement les théories classiques de Lusk, Schäffer, Woodyatt, Wilder, Rosenfeld, d'après lesquelles les corps cétoniques se forment quand les graisses « brûlent insuffisamment à la flamme des hydrocarbures », S. cite la théorie de Nirsky et ses collaborateurs américains, pour lesquels les corps cétoniques, vrais produits du foie, ne sont pas formés quand les hydrocarbures « freinent » le travail du foie, théorie avec laquelle S. est loin d'être d'accord. Il insiste sur un fait incontestable : « L'apparition des corps cétoniques est étroitement liée à la diminution et disparition de glycogène dans le foie; le foie riche en glycogène ne forme pas de corps cétoniques. Ainsi, la présence de glycogène dans le foie est la véritable clef du problème de la cétogénèse. » Les troubles de la glycolyse chez les diabétiques empêchent la formation de glycogène, d'où cétogénèse. Parmi les facteurs indirects, le lobe antérieur de l'hypophyse et la corticale des glandes surrénales ont une action sur la cétogénèse. Pour certains auteurs, l'hormone hypophysaire agirait par l'intermédiaire de son action sur la corticale. Sans approfondir davantage cette question sur laquelle il promet de revenir, S. indique que la cétogénèse dépend des facteurs endocriniens.

Par cétolyse, S. comprend toute destruction des corps cétoniques, aussi bien par oxydation que par division en l'absence d'oxygène, division qui se produit surtout dans les tissus musculaires. Il cite de nombreuses expériences de laboratoires faites dans tous les pays et les analyses du sang artériel et veineux à jeun et après les repas cétogènes. C'est après ces derniers qu'on observe la grande différence entre le sang artériel, qui contient beaucoup plus de corps cétoniques que le sang veineux. Pour certains auteurs (Brentano), l'adrénaline empêcherait la cétolyse dans les tissus.

La céto-élimination se passe dans les reins, qui éliminent surtout l'acide β-oxy-butyrique, et dans les poumons, qui éliminent surtout l'acétone et l'acide acétyl-acétique S. insiste sur le fait que cette élimination signifie une grosse perte calorique.

Il passe ensuite à l'étude de la cétonémie des jeûneurs et de la cétonémie alimentaire. Chez l'adulte sain, la cétonémie apparaît à partir du 3 jour de jeûne; chez l'enfant, beaucoup plus rapidement; d'où l'influence néfaste que peut avoir la diète complète chez les diabétiques. La cétonémie alimentaire, même après l'ingestion de grandes quanités de graisses, est insignifiante chez l'adulte sain et disparaît après l'ingestion de glucose; par contre, chez les femmes enceintes, chez les myxœdémateux, chez les malades atteints de syndrome de Cushing et surtout chez les diabétiques graves, cette cétonémie alimentaire est rapide et considérable.

SOBIESKI.

Syllaba. ***Acidose diabétique*** [suite] (*Casopis Lekaru Ceskych*, vol. **79**, n° 52, 27 Décembre 1940, p. 1194). — Dans la deuxième partie de son travail, S. décrit ses propres expériences sur 30 diabétiques. D'abord, il remarque que chez les adultes sains ou diabétiques légers à jeun, la cétonémie reste presque invariable. Dans 11 cas de diabète, il donne des graisses (100 *g*. de beurre, ou la viande et la graisse); dans d'autres, il observe la courbe cétonémique après l'injection de glucose, de lévulose et d'insuline. L'augmentation de cétonémie s'observe chez tous les diabétiques après absorption d'aliments cétogènes; d'abord apparaît l'acide acétyl-acétique, ensuite l'acide β-oxy-butyrique; le taux de ce dernier est plus variable et son apparition moins régulière (5 cas sur 11).

La « courbe cétonémique » commence à monter 2 heures après l'ingestion des aliments cétogènes, atteint son acmé en 4 ou 6 heures, mais la forme de cette courbe est moins typique que celle de la glycémie. Le rapport entre le taux d'avant l'expérience et celui d'après la prise de l'aliment cétogène était de 1,17 chez les diabétiques légers, 1,36 chez les grands diabétiques. La cholestérinémie élevée (néphrose lipoïdique) n'influence pas la courbe cétonémique. Les malades « hypophysaires » réagissent d'une façon différente à l'alimentation cétogène, mais S. s'abstient de conclure, étant donné qu'il n'a pu expérimenter que sur 2 cas.

L'injection de glucose diminuait la cétonémie surtout dans les cas de diabète bénin, moins dans le diabète grave. L'injection d'adrénaline seule diminuait déjà la cétonémie; l'association de glucose accentuait cette action. L'action du lévulose par voie buccale paraît à S. plus forte que celle du glucose. Chez les comateux (qui n'ont plus de glycogène dans le foie, d'après S.), ni l'insuline seule, ni le glucose seul n'abaissent le taux de la cétonémie. Il faut l'association de ces deux facteurs.

S. attire l'attention sur une certaine tendance à la cétonémie que présentent les catégories suivantes: 1° diabétiques récents aigus relativement jeunes (de 20 à 50 ans); 2° diabétiques consomptifs au cours d'une infection intercurrente ou d'une intervention chirurgicale; 3° certains diabétiques jeunes, surtout les filles au moment de la puberté; 4° certains diabétiques de longue date qui se faisaient depuis des années des injections quotidiennes de 50 à 100 unités d'insuline; 5° les diabétiques avec de l'hyperthyréose, chez lesquels l'amélioration du métabolisme basal améliore en même temps l'état cétonémique; 6° les acromégaliques ou sujets atteints d'une autre affection hypophysaire.

S. explique ces faits par l'extrême labilité du glycogène, mais la cause de cette labilité reste pour lui inconnue. Cette labilité et l'insuffisance de la réserve de glycogène étant la cause principale de cétonémie, S. en tire les déductions pratiques suivantes : ne pas faire jeûner les diabétiques, ne leur donner ni trop de viande, ni trop de graisses; ne pas donner beaucoup d'albumine et de graisses en même temps, et donne comme base la formule suivante : 1 *g*. de substances albuminoïdes et 1 *g*. de graisse par jour et par kilogramme de l'individu, complétant le reste des besoins caloriques par les hydrocarbones. Dans les états précomateux, S. conseille de donner la lévulose *per os* associée aux injections d'insuline. Dans le coma profond, 40 à 60 *g*. de glucose intraveineux, plus un nombre double ou triple d'unités d'insuline.

SOBIESKI.



CHLORO-CALCION